



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PROVENCE-ALPES-CÔTE-
D'AZUR

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R93-2018-112

PUBLIÉ LE 27 SEPTEMBRE 2018

Sommaire

ARS

- R93-2018-09-24-008 - Arrêté portant adoption du Projet régional de santé Provence-Alpes Cote d'Azur 2018-2028 (2 pages) Page 4
- R93-2018-09-24-009 - Cadre d'orientation stratégique 2018-2028 Provence-Alpes-Côte d'Azur (20 pages) Page 7
- R93-2018-09-24-010 - Programme régional relatif à l'accès a la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023 Provence-Alpes-Cote d'Azur (91 pages) Page 28
- R93-2018-09-24-011 - Schéma régional de santé 2018-2023 Provence-Alpes-Côte d'Azur (376 pages) Page 120

ARS PACA

- R93-2018-09-26-001 - Arrêté portant délégation de signature à Mme Caroline CALLENS, déléguée départementale de Vaucluse de l'ARS PACA (4 pages) Page 497
- R93-2018-09-10-015 - RAA 260918 (1 page) Page 502

DIRM

- R93-2018-09-24-005 - Arrêté subdélégation financière DIRM septembre 2018 (4 pages) Page 504
- R93-2018-09-24-006 - subdélégation signature cadres DIRM septembre 2018 (6 pages) Page 509

DRAAF PACA

- R93-2018-09-26-002 - Arrêté portant autorisation d'exploiter de la SCEA CONSORTS MATTON Château Minuty 2491 Route de la Berle 83580 GASSIN (2 pages) Page 516

DRJSCS PACA

- R93-2018-09-11-015 - Arrêté fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "L'Ancre" géré par le Centre Hospitalier de Montfavet. (4 pages) Page 519
- R93-2018-09-11-018 - Arrêté fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "Saint François" géré par la délégation départementale "Croix Rouge Française" de Vaucluse. (4 pages) Page 524
- R93-2018-09-11-016 - Arrêté fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "Villa Médicis" géré par l'association Habitat Alternatif Social - HAS. (4 pages) Page 529
- R93-2018-09-11-017 - Arrêté fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) géré par l'association IMAGINE 84. (4 pages) Page 534
- R93-2018-09-11-014 - Arrêté portant agrément de l'association ISATIS au titre de l'article L365-4 du code de la construction et de l'habitation pour les activités d'intermédiation locative et gestion locative sociale qu'elle mènera dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes, des Alpes-Maritimes, des Bouches du Rhône, du Var et du Vaucluse. (2 pages) Page 539

Mission Nationale de Contrôle (MNC) et d'audit des organismes de Sécurité Sociale

R93-2018-09-24-007 - Arrêté modificatif n° 4/21RG2018/5 du 24 septembre 2018 portant modification de la composition des membres du conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) des Alpes-Maritimes (2 pages)

Page 542

Rectorat de l'académie de Nice

R93-2018-09-19-008 - Délégation de signature administrative n° 2018-07 - septembre 2018 (5 pages)

Page 545

R93-2018-09-19-009 - Subdélégation de signature financière n° 2018-08 - septembre 2018 (6 pages)

Page 551

ARS

R93-2018-09-24-008

Arrêté portant adoption du Projet régional de santé
Provence-Alpes Cote d'Azur 2018-2028

Arrêté portant adoption du Projet Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2018-2028

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Provence Alpes Côte d'Azur

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.1434-1 à L.1434-6, R.1434-1 à R.1434-9 et R.1434-11 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment l'article L149-1 ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Vu le décret du 08 décembre 2016 portant nomination de Claude d'Harcourt en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (A.R.S) ;

Vu l'arrêté n° 2016037-0024 du 24 octobre 2016 du directeur général de l'agence régionale de santé définissant les territoires de démocratie sanitaire de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu l'avis de consultation sur le projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur du 15 mars 2018 publié au recueil des actes administratifs de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur n° R96-2018-03-14-00 ;

Vu l'avis rendu par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie en date du 05 juin 2018 ;

Vu les avis rendus par les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, notamment celui du-Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie du Var en date du 04 juin 2018 ;

Vu l'avis rendu par le préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu l'avis du Conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu les avis rendus par les Conseils départementaux et notamment ceux des conseils départementaux du Vaucluse le 14 juin 2018, des Hautes-Alpes le 26 juin 2018 et des Alpes de Haute-Provence le 29 juin 2018 ;

Vu les avis des collectivités locales de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu la saisine en date du 28 juin 2018 du Conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur ainsi que l'avis rendu sur le projet régional de santé

ARRETE

Article 1 – Le Projet Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2018-2028 est adopté.

Article 2 – Le Projet Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur est composé des éléments suivants :

- Le cadre d'orientation stratégique (COS) établi pour dix ans ;
- Le schéma régional de santé (SRS) établi pour cinq ans ;

- Le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) établi pour cinq ans

Article 3 – Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les éléments constitutifs du Projet Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur sont publiés sur le site internet de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur : www.paca.ars.sante.fr

Article 4 – L'arrêté en date du 30 janvier 2012 n°2012DG/01/08 modifié portant adoption du Projet Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, est abrogé à compter de l'entrée en vigueur du présent Projet Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2018-2028.

Article 5 – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 6 – Le Directeur Général de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Marseille, le **24 SEP. 2018**



Claude d'HARCOURT

ARS

R93-2018-09-24-009

Cadre d'orientation stratégique 2018-2028
Provence-Alpes-Côte d Azur



Provence-Alpes-Côte d'Azur

Cadre d'orientations stratégiques 2018, 2028,



1- LA SANTÉ EN PACA : FAITS MARQUANTS ET PRIORITÉS	3
1.1 FAITS MARQUANTS DE LA REGION PACA	3
1.1.1 UNE DÉMOGRAPHIE CONTRASTÉE ET QUI LE RESTERA EN 2030	3
1.1.2 UNE POPULATION ÂGÉE MARQUÉE PAR LA PAUVRETÉ ET LES INÉGALITÉS SOCIALES.....	4
1.1.3 UNE RÉGION FORTEMENT EXPOSÉE AUX RISQUES NATURELS ET ENVIRONNEMENTAUX	4
1.1.4 UNE CONSOMMATION DE SANTÉ PLUS FORTE QUE LA MOYENNE NATIONALE.....	4
1.1.5 UNE OFFRE SANITAIRE PLUS PRÉSENTE QUE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE	5
1.1.6 UNE DIVERSIFICATION DE L'OFFRE AU PROFIT DES ALTERNATIVES A L'HEBERGEMENT TEMPS PLEIN.....	5
1.2 LES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE	5
1.2.1 PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS D'UNE POPULATION VIEILLISSANTE	5
1.2.2 METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE GLOBALE EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES JEUNES.....	6
1.2.3 PROPOSER UNE PALETTE DE RÉPONSES DIVERSIFIÉES AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	7
1.2.4 RENFORCER LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE POUR FAIRE FACE AUX DÉFIS À VENIR.....	7
1.2.5 POURSUIVRE LA BAISSSE DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE	8
1.2.6 ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES	8
1.2.7 RÉDUIRE L'IMPACT SUR LA SANTÉ DE L'EXPOSITION AUX RISQUES ENVIRONNEMENTAUX	8
2- LES TENDANCES : PROSPECTIVE SUR LA SANTÉ EN 2030	10
2.1 DES ÉVOLUTIONS TECHNIQUES ET ENVIRONNEMENTALES	10
2.1.1 DES INNOVATIONS TECHNIQUES DE NATURE À REVOLUTIONNER LES SOINS	10
2.1.2 LA PLACE CROISSANTE DE LA PRÉVENTION CONNECTÉE	11
2.1.3 DE NOUVEAUX RISQUES.....	11
2.1.4 LE CHANGEMENT CLIMATIQUE ET ENVIRONNEMENTAL	11
2.2 DES ÉVOLUTIONS DES PRATIQUES, DES MÉTIERS ET DES FORMATIONS EN SANTÉ	11
2.2.1 LA TÉLÉMÉDECINE ET LA RELATION « PROFESSIONNEL-MALADE »	11
2.2.2 LA MUTATION DES MÉTIERS ET DES FORMATIONS INITIALES ET CONTINUES DES PROFESSIONNELS.....	12
2.3 UNE NOUVELLE SOCIÉTÉ FAÇONNERA UN NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ	12
2.3.1 UN SYSTÈME DE SANTÉ QUI FERA FACE A DES CHOIX DE SOCIÉTÉ	12
2.3.2 LA SOUTENABILITÉ ÉCONOMIQUE RESTERA UN SUJET INCONTOURNABLE	13
3- STRATÉGIE RÉGIONALE POUR TRANSFORMER LE SYSTEME DE SANTÉ	14
3.1 LES AXES STRATÉGIQUES DE TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ	14
3.1.1 AXE 1 : RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'IMPLICATION DES USAGERS.....	14
3.1.2 AXE 2 : S'APPUYER SUR DES GOUVERNANCES PARTAGÉES DANS LES TERRITOIRES	15
3.1.3 AXE 3 : RECONFIGURER L'OFFRE DE SANTÉ.....	15
3.1.4 AXE 4 : ANTICIPER L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS TOUT EN ACCOMPAGNANT CELLES DES ORGANISATIONS ..	16
3.1.5 AXE 5 : UTILISER LES INNOVATIONS ET LES OUTILS NUMÉRIQUES	16
3.1.6 AXE 6 : DÉVELOPPER LA COLLABORATION ET LA COORDINATION DANS LES PRISES EN CHARGE DE PROXIMITÉ	17
3.2 ORGANISER LES SEPT PARCOURS PRIORITAIRES DANS LA RÉGION	18
3.2.1 MODÉLISER DES PARCOURS DE SANTÉ : PASSER D'UNE LOGIQUE DE STRUCTURE À UNE LOGIQUE DE PARCOURS	18
3.2.2 LES PARCOURS PRIORITAIRES DE LA RÉGION PACA	18
4- PILOTAGE ET ÉVALUATION DU PRS	19



1- LA SANTÉ EN PACA : FAITS MARQUANTS ET PRIORITÉS

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est marquée par de grandes diversités géographiques, démographiques, économiques, sociales, urbaines et environnementales. Ces caractéristiques sont à l'origine de besoins spécifiques qui influencent la consommation et l'offre de soins et doivent nécessairement être prises en compte dans les priorités de santé publique.

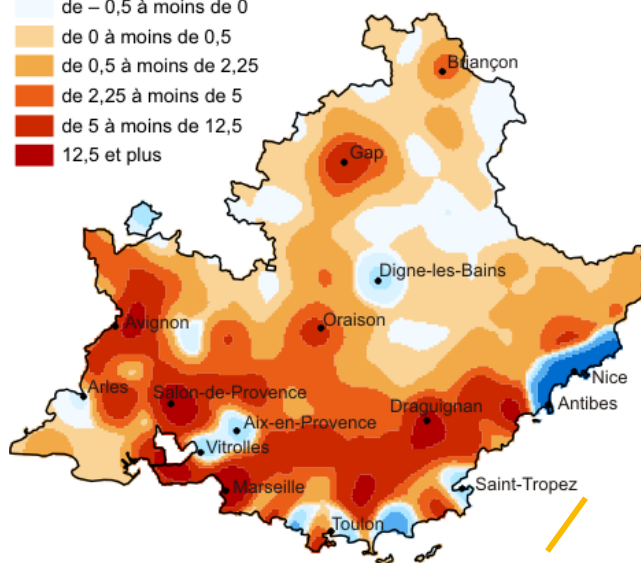
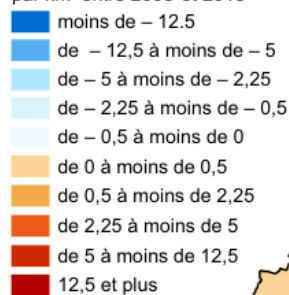
1.1 FAITS MARQUANTS DE LA REGION PACA

1.1.1 UNE DÉMOGRAPHIE CONTRASTÉE ET QUI LE RESTERA EN 2030

- Près de 5 millions d'habitants en 2015.
- 90% de la population habite sur la bande littorale ; en d'autres termes, 3 habitants sur 4 résident sur un dixième du territoire.
- Des densités de population très hétérogènes (très faibles dans les zones alpines et rurales) et fluctuantes en fonction des saisons (31 millions de touristes par an et 150 000 travailleurs saisonniers).
- Une prévision de croissance démographique (5,7 millions d'habitants en 2040) de tous les départements, hormis dans les Alpes-Maritimes.
- Une recomposition au profit des zones périurbaines.

Variation du nombre d'habitants par km² entre 2008 et 2013

Variation du nombre d'habitants par km² entre 2008 et 2013



Source : Insee, Recensements de la population 2008 et 2013

FIGURE 1 –
LA PERIURBANISATION
PORTE LA CROISSANCE
REGIONALE

1.1.2 UNE POPULATION ÂGÉE MARQUÉE PAR LA PAUVRETÉ ET LES INÉGALITÉS SOCIALES

- En 2015 : 27,7% de +60 ans ; l'indice de vieillissement est le 5^{ème} plus élevé de France.
- Entre 2007 et 2040, les +60 ans augmentent de 57%.
- En 2040, il y aurait 1 900 000 personnes âgées de +60 ans et 910 000 personnes âgées de +75 ans.
- La région Paca est la 3^{ème} région la plus pauvre de France. En 2013, plus de 880 000 personnes vivaient sous le seuil de pauvreté (17,3% vs 14,5% en France).
- Le taux de chômage (14,6%) est supérieur à la moyenne nationale (13,6%).
- Les écarts de niveau de vie sont parmi les plus importants de France : le rapport entre les deux déciles extrêmes s'élevait à 6,5 (8,1 dans le 13) en 2013, contre 3,5 en France.
- Un habitant sur 10 vit dans un quartier politique de la ville (la moitié à Marseille).
- Le taux de familles monoparentales (27,4%) est parmi les plus élevés de France (+6,6% depuis 2008) avec une augmentation de 6,6% depuis 2008.
- Les familles monoparentales sont les plus touchées par la précarité : 63% vivent sous le seuil de pauvreté.
- Plus d'une personne sur trois vit seule, +9,8% depuis 1999 dont 200 000 sont âgées de plus de 75 ans.
- En 2004-2013, dans la région, la probabilité de décéder d'un cancer est 3,5 fois plus élevée chez les ouvriers et les employés (61,6/100 000) que chez les cadres supérieurs (17,4/100 000).
- La prévalence du diabète de type 2 est élevée chez les populations de niveau socioéconomique moins favorisé.
- Le risque de souffrance psychologique est élevé.



1.1.3 UNE RÉGION FORTEMENT EXPOSÉE AUX RISQUES NATURELS ET ENVIRONNEMENTAUX

- Forte exposition à la pollution atmosphérique : la concentration moyenne annuelle en particules fines (PM10) est une des plus élevée de France. En 2015, plus de 340 000 personnes résidaient dans une zone dépassant la valeur régionale limite, 4 millions en considérant les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé.
- Forte exposition aux risques climatiques, naturels et aux risques épidémiques liés aux maladies vectorielles (40% des signalements de cas suspects importés en métropole) et région la plus touchée par le développement de foyers épidémiques autochtones d'arboviroses (dengue, chikungunya, zika).
- Plus de 70% des habitants se déclarent très sensibles à l'environnement et à ses impacts sur la santé, aux premiers rangs desquels la qualité de l'air et les pesticides.

1.1.4 UNE CONSOMMATION DE SANTÉ PLUS FORTE QUE LA MOYENNE NATIONALE

- Près de 18 milliards d'euros de dépenses d'Assurance maladie en 2016 (9% des dépenses nationales, pour 8% de la population).
- En région Paca, cette dépense est de 3 570€/habitant, soit 490€ de plus par habitant que la moyenne nationale (+16%) dont 413€ en soins de ville.
- Une dynamique de progression équivalente au niveau national (+12% entre 2011 et 2016) qui ralentit en 2016 (+1,86% contre +2,15% au niveau national).

1.1.5 UNE OFFRE SANITAIRE PLUS PRÉSENTE QUE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

- Une offre libérale nettement supérieure aux moyennes nationales : +23% pour les médecins généralistes, +51% pour les spécialistes, +185% pour les infirmières.
- De fortes inégalités de répartition (concentration de l'offre sur la bande littorale) et quelques déserts médicaux en spécialistes (dans l'arrière-pays).
- Des départs à la retraite à prendre en compte à court terme (les médecins de la région sont plus âgés que la moyenne nationale).
- Des capacités d'accueil sanitaires supérieures aux valeurs nationales (+12% en PACA en 2015) et en augmentation.
- Un secteur privé plus fortement représenté qu'au niveau national : hospitalisation à domicile (86% versus 71% en France), chirurgie (60% versus 57% en France) et les Soins de suite (81% versus 61% en France).
- A contrario, l'offre médico-sociale est inférieure aux moyennes nationales : -17% pour les personnes âgées, -22% pour les adultes handicapés, -16% pour les enfants et adolescents handicapés (3^{ème} région la plus mal dotée en places de MAS et FAM).



1.1.6 UNE DIVERSIFICATION DE L'OFFRE AU PROFIT DES ALTERNATIVES A L'HEBERGEMENT TEMPS PLEIN

- En psychiatrie générale : +18% en lits d'hospitalisation temps plein et +1% en places d'hospitalisation de jour par rapport au territoire national.
- En Médecine-Chirurgie-Obstétrique : +8% en lits et places en alternative à l'hospitalisation complète (19%).
- Les proportions d'HAD sont équivalentes à la moyenne nationale.
- En médico-social : les alternatives à l'hébergement complet sont peu développées et non saturées et il existe beaucoup de services à domicile : +9% en SSIAD, +7% en SESSAD.
- Une dynamique en grande partie tirée par une représentation de l'offre privée largement supérieure à celle du territoire national.

Ainsi, notre région se caractérise par un territoire contrasté, soumis à de nombreux risques environnementaux. Il abrite une population vieillissante, globalement pauvre bien que porteuse d'inégalités sociales très importantes et prise en charge par une offre de santé où les établissements et services privés ainsi que les professionnels libéraux sont fortement représentés. Naturellement, ces déterminants de l'état de santé de la population ont leurs dynamiques propres et interagissent. Se pose alors la question de leurs évolutions dans les années à venir (prospective) et de l'influence que les plans et campagnes consacrés aux priorités de santé publique pourront exercer sur ces évolutions et sur l'état de santé de nos concitoyens.

1.2 LES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

L'analyse de l'état de santé de la population régionale, la réponse aux besoins de santé exprimés par les patients et leur famille, et la déclinaison de la stratégie nationale de santé sur notre territoire se traduisent en enjeux et priorités régionales de santé publique. Ces priorités président aux orientations des schémas, aux actions retenues par les appels d'offres et aux allocations de ressources.

1.2.1 PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS D'UNE POPULATION VIEILLISSANTE

- En 2016 dans la région Paca, 575 000 personnes ont plus de 75 ans. En 2030, elles seront 175 000 de plus.
- Problèmes de santé chronique chez une personne sur deux de +75 ans.

- Après 75 ans, la perte d'autonomie, les pathologies chroniques, les risques liés à la polymédication, à la multiplicité des prescripteurs et des intervenants sont importantes.
- 30 000 malades et 30 000 aidants sont concernés par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée en Paca (2^{ème} région la plus touchée).
- Les problèmes de santé mentale sont fréquents : une personne âgée sur 6 présente une souffrance psychologique.
- Les chutes sont les premières causes de décès accidentels (1 425 personnes âgées décèdent chaque année en Paca).
- Augmentation des décès liés à un accident de la vie courante depuis 2007, contrairement à la tendance nationale.
- Ainsi, en 2016, les personnes de plus de 75 ans ont effectué 250 000 passages aux urgences dont la moitié est suivie d'une hospitalisation.
- 330 000 séjours hospitaliers et 55 000 séjours en SSR.

L'enjeu est de renforcer les filières gériatriques et le maintien à domicile, de développer une coordination en ville ou avec les EHPAD permettant de limiter au maximum les hospitalisations, de développer également la prévention primaire par l'activité physique, le maintien de relations affectives et de stimulations intellectuelles, la prévention de la iatrogénie, la prévention des chutes et de la dénutrition. Sans adaptation de l'offre de santé, il faudra faire face à 150 000 séjours supplémentaires en médecine et chirurgie et 15 000 séjours supplémentaires pour les SSR.

1.2.2 METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE GLOBALE EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES JEUNES

- La région Paca compte un des taux de familles monoparentales les plus élevés de France (190 000 familles monoparentales en 2013, en augmentation constante) dont 63% vivent sous le seuil de pauvreté.
- Sur 1 500 000 enfants de moins de 25 ans, 62% vivent dans des territoires en situation de désavantage social.
- Les jeunes de la région sont moins qualifiés que les jeunes des autres régions et sont davantage touchés par le chômage et la pauvreté.
- 30% des étudiants déclarent avoir renoncé à voir un médecin, près de la moitié invoquent des raisons financières.
- 12,4% d'enfants obèses (67% d'augmentation entre 2007 et 2012).
- La couverture vaccinale (Rougeole, Oreillons, Rubéole) est moins élevée qu'en France (64,4% contre 67,2%).
- 4% à 5% des élèves d'une classe d'âge sont dyslexiques, 3% dyspraxiques et 2% dysphasiques.
- Les décès par morts violentes : 54 décès par accident de la route chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2016 ; le suicide représente la 2^{ème} cause de mortalité prématurée évitable en région, avec environ 750 décès par an, dont 20% chez les jeunes âgés de 15-34 ans.
- La consommation excessive d'alcool, en augmentation de 8% par rapport à 2008.
- L'usage de cannabis dans le mois est supérieur à celui constaté en France (30% des 15-24 ans en Paca versus 26% en France). Son usage régulier (au moins 10 fois dans le mois) concerne au moins 30 000 jeunes de 15 à 24 ans.
- Le tabagisme des adolescentes de 17 ans est supérieur dans la région Paca tant pour l'expérimentation que pour le tabagisme quotidien.
- Le taux annuel d'IVG est le plus élevé de France métropolitaine chez les mineures (13,1‰ versus 10,5‰).

L'enjeu est la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé dès la grossesse et la petite enfance pour cibler les actions de prévention et de promotion de la santé afin notamment de développer les compétences psychosociales, le sentiment d'emprise sur la vie et la mise en place de facteurs de protection physique, psychologique et sociaux. Ainsi, l'ensemble des déterminants de la

santé (éducation, logement, environnement, aide sociale, protection de l'enfance...) doit être considéré par les intervenants et les institutions dans le champ de l'enfance.

Par ailleurs, le dépistage et le repérage des troubles du développement de l'enfant, la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique, la protection contre les toxiques environnementaux sont également fondamentaux. Enfin, à l'adolescence et pour les jeunes adultes, les priorités sont l'éducation à la sexualité, la prévention des conduites addictives et le repérage de la souffrance psychologique.

1.2.3 PROPOSER UNE PALETTE DE RÉPONSES DIVERSIFIÉES AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- 10 000 déficiences sévères chez les enfants de 0 à 19 ans (9,1‰), 20 000 (19‰) pour l'ensemble des handicaps.
- 11 000 enfants (10‰) sont atteints de troubles du spectre autistique.
- Environ 4 000 enfants en attente de prise en charge (notamment 13 et 06) et des situations complexes et/ou critiques en augmentation de plus de 400%, (34 à 171) entre 2014 et 2016.
- 17 524 enfants scolarisés en milieu ordinaire avec un plan personnalisé de scolarisation, 30% en classes spécialisées.
- 80 000 adultes bénéficient d'une prestation handicap, 200 000 si l'on ajoute les reconnaissances de qualité de travailleurs handicapés.
- 568 accords CDAPH en 2014 pour le maintien sous amendement CRETON.
- L'accompagnement et la prise en charge des personnes handicapées sont généralement marqués par de forts risques de ruptures aux différents âges de la vie.

L'enjeu est de faire évoluer le secteur médico-social selon une approche plus inclusive prenant en compte les besoins des personnes en situation de handicap et leurs aidants. Il s'agit de promouvoir une réponse « accompagnée pour tous » qui implique de diversifier les modes d'intervention, de raisonner en logique de dispositif et de prestations de service plutôt qu'en logique de structure, de promouvoir la construction de solutions, de réponses partagées et coordonnées entre les différents secteurs et le milieu ordinaire (école, travail, loisirs...) afin de permettre des choix au plus près de la vie en société selon un principe de subsidiarité. Améliorer l'accès à la prévention et aux soins de ces personnes est également un enjeu majeur.

1.2.4 RENFORCER LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE POUR FAIRE FACE AUX DÉFIS À VENIR

- La santé mentale représente 15% des dépenses de l'Assurance maladie soit 22 milliards d'euros en 2016. C'est le 2^{ème} poste de dépenses devant les cancers, les pathologies cardiovasculaires et le diabète.
- En région Paca, 166 000 personnes ont été traitées pour une pathologie psychiatrique identifiée et 447 500 pour un traitement psychotrope sans maladie psychiatrique identifiée.
- 1/3 des patients cumule troubles psychiques et addictifs.
- Recours aux soins insuffisant des personnes atteintes de dépression, notamment chez les hommes et les jeunes.

La santé mentale nécessite une approche systémique, elle ne se limite pas aux soins psychiatriques ou à la prise en charge du handicap psychique. Le champ de la santé mentale couvre à la fois les troubles psychiatriques mais également les problématiques de souffrance psychiques et, pour trouver ou construire des réponses durables, la juxtaposition des compétences ne suffit pas.

Assurer la qualité des actions à chaque étape du parcours, coordonner la prise en charge entre les multiples intervenants (repérage précoce ; premier recours ; soins somatiques ; soins psychiatriques ; soins en addictologie) tout au long de la vie des personnes et prendre en compte l'environnement social et familial sont des enjeux majeurs pour améliorer la vie de ces personnes.

1.2.5 POURSUIVRE LA BAISSÉ DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

- 8 000 décès surviennent avant 65 ans, 1/3 liés à des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, alimentation déséquilibrée, sédentarité, conduites dangereuses, suicides...).
- Les trois principales causes de mortalité prématurée en Paca sont : les cancers (40,9% soit plus de 3 000 par an), les traumatismes (15,9% dont 6,3% liés aux suicides et 3,1% liés aux accidents de la circulation), les maladies cardio-vasculaires (12,5%).

Ces trois causes de mortalité évitables sont sensibles à la prévention et demandent des actions systémiques : amélioration de la qualité de l'air, politiques d'urbanisme pour favoriser les déplacements non polluants, exercice physique, alimentation, empowerment des jeunes et de la population en général sur le contrôle de sa santé, modification des comportements, dépistage, prise en charge précoce...

En parallèle des actions de prévention, le progrès médical notamment pour la cardiologie, la traumatologie et l'oncologie, l'amélioration des prises en charge contribueront également à retarder la mortalité. Néanmoins, le vrai progrès sera celui de la diminution de l'incidence par une prévention globale et portée par tous.



1.2.6 ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

- En 2015, 1,2 million de personnes ont été prises en charge en Paca pour pathologies chroniques (cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies neurodégénératives, asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive - BPCO) et 1,8 millions pourraient l'être en 2028.
- +8,5% de mortalité par cancers de la peau depuis 2000.
- +30% de mortalité par cancer du poumon chez les femmes entre 2009 et 2013.
- Une augmentation de l'asthme et des BPCO. Paca est une des régions d'Europe les plus exposées à la pollution par l'ozone.

Même si l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation de l'exposition aux polluants et aux toxiques, en partie responsable de l'apparition de certains cancers/allergies/maladies cardio-vasculaires, ont pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques, l'enjeu demeure d'en limiter l'apparition et d'améliorer les prises en charge sanitaires, médico-sociales et sociales, ainsi que leur coordination.

Cette transition épidémiologique remet en cause notre système de santé, ses structures et son organisation. C'est également un défi pour l'avenir de son financement (61% des dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques pour 35% de la population).

1.2.7 RÉDUIRE L'IMPACT SUR LA SANTÉ DE L'EXPOSITION AUX RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Des disparités sont observées entre les territoires qu'ils soient ruraux, industriels ou urbains. Ces disparités sont accentuées par des inégalités sociales et environnementales. En région Paca particulièrement, la santé des habitants est fortement influencée par les caractéristiques de leur environnement.

Comme le préconisent les recommandations nationales, la mobilisation forte et durable des collectivités territoriales et des Etablissements publics de coopération intercommunale constitue un enjeu fort. Le Plan régional santé environnement 3 encourage et favorise l'adoption de choix d'aménagements favorables à la santé : réduction des nuisances, des sources et expositions aux polluants, espaces réunissant les conditions pour l'adoption de comportements favorables à la santé.

D'autre part, des évolutions sont nécessaires en matière d'information du grand public pour une meilleure compréhension des enjeux liés à la santé environnementale et pour l'adoption de comportements favorables à la santé (activité physique, espaces verts, utilisation des transports

collectifs...). Ces évolutions concernent aussi l'éducation et la formation des jeunes ; la responsabilité des politiques publiques est de pouvoir les préparer à comprendre, appréhender et agir sur l'environnement pour mieux préserver leur capitale santé.

Pour en savoir plus sur la santé en Paca, les travaux de l'Observatoire régional de la santé Paca sont disponibles à cette adresse : www.sirsepaca.org :

- *Etats de santé et évolutions en région Paca*
- *Synthèse du tableau de bord santé-environnement Paca – édition 2016*
- *Portraits de territoires et indicateurs sur l'état de santé à différentes échelles géographiques*

L'évolution démographique, avec notamment le poids de plus en plus important du vieillissement et la croissance des maladies chroniques, impliqueraient à elles seules une adaptation de l'accompagnement et des prises en charge. Mais, ces constats doivent être complétés par un approfondissement de la connaissance des territoires infrarégionaux, caractérisés par une très grande diversité géographique, économique et sociale. Et enfin, nous devons tenir compte de plusieurs autres polarités qui viennent mettre en tension le système de santé comme les innovations technologiques, l'intelligence artificielle ou l'apparition de nouveaux risques. Ainsi, une analyse pertinente de la santé en région appelle une démarche de prospective pour mieux cerner les tendances et les lignes d'évolution en cours, peut-être pas encore visibles, mais déjà structurantes, et pouvoir alors définir les priorités à mettre en œuvre pour adapter le système de santé aux besoins des habitants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur de 2030.

2- LES TENDANCES : PROSPECTIVE SUR LA SANTÉ EN 2030

Le vieillissement de la population entraîne des évolutions épidémiologiques : maladies chroniques, maladies neurodégénératives, maladies cardiovasculaires, cancers, déficiences visuelles, auditives et de l'appareil locomoteur,... Cette transition épidémiologique se traduit par une perte d'autonomie, des handicaps, un besoin en accompagnement

des malades et des aidants, un besoin en service à la personne et en matériel de suppléance (appareillages). Les patients seront certes plus âgés et plus dépendants mais certainement plus exigeants, plus autonomes et plus actifs dans leur prise en charge et dans leur traitement.

2.1 DES ÉVOLUTIONS TECHNIQUES ET ENVIRONNEMENTALES

2.1.1 DES INNOVATIONS TECHNIQUES DE NATURE À REVOLUTIONNER LES SOINS

On ne soignera plus en 2030 comme on soignait en 2010. Les impacts prévisibles des innovations sur le système de santé sont recensés dans de nombreux rapports. Elles favoriseront l'autonomie, suppléeront une fonction physiologique, amélioreront le diagnostic, la qualité des gestes interventionnels, adapteront la thérapeutique aux patients, faciliteront le suivi des maladies chroniques ou encore amélioreront les parcours des patients et l'efficacité des soins. Parmi toutes ces innovations attendues, certaines sont déjà des réalités.

Le séquençage du génome, exceptionnel il y a 20 ans, sera demain généralisé et rapide grâce à la puissance des systèmes d'information. Grâce à eux, la médecine prédictive verra le jour, soulevant d'épineuses questions éthiques. Le dépistage et le traitement de nombreuses pathologies, dont le cancer, en seront transformés : ils seront ciblés et adaptés au niveau de risque du patient.

L'acte chirurgical sera moins invasif. Grâce aux progrès des techniques interventionnelles (endoscopies, radiologie interventionnelle) et à la généralisation de la robotique, les chirurgiens pourront tester les actes par simulation sur des patients virtuels ou des modèles en 3D avant d'opérer. Le robot chirurgical intelligent accompagnera les chirurgiens dans leurs gestes.

L'ingénierie du vivant, la régénération tissulaire par des cellules-souches, le premier larynx artificiel posé en 2017, ouvriront de nouvelles voies thérapeutiques.

L'électronique médicale : la pose d'implants et la réparation de l'ADN transformeront l'approche du handicap et de la dégénérescence cellulaire. Après les implants cochléaires pour le traitement de la surdité, les implants dans le cerveau pour soigner la maladie de Parkinson puis d'Alzheimer, les rétines artificielles, de nouvelles pistes de guérison seront ouvertes.

2.1.2 LA PLACE CROISSANTE DE LA PRÉVENTION CONNECTÉE

Il sera possible de suivre certains déterminants de santé (expositions environnementales individuelles) grâce aux objets connectés. Les conseils de prévention pourront être personnalisés et diffusés directement à l'individu au moment opportun.

Les politiques de prévention et d'éducation pour la santé seront intégrées, de l'école au milieu professionnel, dans l'urbanisme, dans les services et dans les politiques publiques.

La robotique pourra assister et accompagner et ainsi venir en soutien des campagnes de prévention notamment auprès des malades chroniques, des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

2.1.3 DE NOUVEAUX RISQUES

- **Le traitement de l'information de masse** : leur fiabilité, la capacité des utilisateurs à développer un regard critique, leur sécurisation, la fracture numérique et l'accroissement des inégalités d'accès à ces technologies. L'inquiétude créée par une (sur)abondance d'informations et le risque de surconsommation médicale interroge déjà.
- **Le risque que le recours systématique à la technologie n'appauvrisse la relation médecin-patient**. Face à la technicisation des soins, il sera nécessaire d'accompagner les usagers et les professionnels et créer le cadre de relations plus empathiques.

2.1.4 LE CHANGEMENT CLIMATIQUE ET ENVIRONNEMENTAL

Le changement climatique affecte la santé de façon inédite dans l'évolution et dans l'histoire de l'humanité : stress thermiques, problèmes respiratoires, allergies, infections bactériennes et/ou virales, cancers de la peau.... Nombre de pathologies sont susceptibles d'émerger ou d'évoluer dans leur répartition spatiale et temporelle, leur incidence et leur intensité sous l'influence du changement climatique et environnemental.

Il s'agit d'une tendance lourde qui va avoir des répercussions à la fois sur la prévalence de certaines pathologies, mais également sur la résilience des structures d'offre de soins pour s'adapter à ces changements.

2.2 DES ÉVOLUTIONS DES PRATIQUES, DES MÉTIERS ET DES FORMATIONS EN SANTÉ

2.2.1 LA TÉLÉMÉDECINE ET LA RELATION « PROFESSIONNEL-MALADE »

Les usagers développent des connaissances expérientielles sur leurs maladies ou leurs handicaps. Ils deviennent acteurs des décisions ayant trait à leurs prises en charge et gagnent en autonomie grâce aux objets connectés qui leur permettent de surveiller leur état de santé.

La télémédecine va également modifier la relation médecin/malade qui pourrait s'organiser à distance et de manière asynchrone.

Cette relation pourrait également s'élargir à la machine : le diagnostic, symbole de l'art médical et privilège exclusif des médecins, pourrait être effectué par des algorithmes qui associeraient anamnèse et données biologiques, imagerie et génétiques pour produire des diagnostics instantanés et fiables.

Jusqu'à présent, c'était le savoir et l'expertise qui fondaient la compétence médicale. Il est probable que demain la compétence relationnelle, l'écoute empathique, l'intelligence émotionnelle, la pédagogie et la capacité à travailler en équipe, l'éducation thérapeutique du patient...soient prises en compte dans la sélection et la formation des jeunes médecins et qu'elles soient déterminantes dans les pratiques pour que le professionnel passe d'une posture prescriptive à une posture plus éducative.

2.2.2 LA MUTATION DES MÉTIERS ET DES FORMATIONS INITIALES ET CONTINUES DES PROFESSIONNELS

En 2030, les traitements se dérouleront plus souvent en ambulatoire et les prises en charge au domicile. L'organisation du travail, la répartition de tâches entre professionnels évolueront et transformeront la nature des métiers de la santé.

Il est probable, par exemple, qu'en 2030 la réponse de premier niveau soit assurée par un infirmier référent dans le cadre de protocoles supervisés par les médecins. Il est probable également que les systèmes d'information permettent le suivi, la coordination des acteurs du premier recours, la coordination ville-hôpital, la centralisation des données, les avis en réseau et l'accès raisonné aux plateaux techniques de manière graduée.

Les professionnels devront intégrer ces compétences nouvelles, voire créer de nouveaux métiers : analyse de données, recherche clinique systématisée, encadrement d'infirmiers spécialisés et protocolisés, en plus d'un rôle accru d'accompagnement des malades et des aidants.

Il faudrait par conséquent introduire dans les formations l'enseignement de l'évaluation, l'application des données probantes, des stratégies et outils de transfert de savoir, de la mise en place d'organisations « apprenantes », renforcer la bio-statistique, la génomique, la médico-économie, et surtout la psychologie dans la relation soignant-soigné, l'analyse partagée des pratiques professionnelles et accorder une place importante à la réflexion éthique.

Par ailleurs, le système de santé intégrera certainement dans ses équipes des spécialistes d'autres champs d'expertise que la santé : des courtiers du savoir, des bio-informaticiens spécialistes du datamining, des spécialistes de la modélisation, de l'intelligence artificielle, de la robotique.

«Une médecine sans les médecins est impossible, car seule la communication entre deux êtres permet la confiance. Nous devons garder la maîtrise sur les machines et algorithmes, tout en nous appuyant dessus pour nous faire gagner du temps humain...Que ça nous libère, mais ne nous remplace pas»¹.

2.3 UNE NOUVELLE SOCIÉTÉ FAÇONNERA UN NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ

2.3.1 UN SYSTÈME DE SANTÉ QUI FERA FACE A DES CHOIX DE SOCIÉTÉ

En 2030, les patients prendront certainement davantage la parole par des associations ou des communautés constituées sur les réseaux sociaux, ils s'organiseront probablement pour peser sur les décisions en matière d'organisation des soins, de résultats attendus et de santé environnementale. Il est permis d'imaginer que la santé s'invitera de plus en plus dans le débat politique et inversement.

En contrepartie, les patients pourraient être davantage responsabilisés sur leur capacité à se prendre en charge et à utiliser le système de santé.

De la même manière, les avancées technologiques, les systèmes d'information, la croissance continue des dépenses font peser des risques sur notre système de santé qui s'appuie sur des principes d'une grande force, d'universalité, de solidarité et d'égalité d'accès aux soins. Les équilibres actuels pourront être interrogés : libre choix du patient, liberté de prescription, liberté d'installation, confidentialité des données de santé mais également rôle et place des assurances obligatoires et complémentaires. Le système de santé n'évolue pas indépendamment de la société qui le structure. Ces principes fondateurs ont de forts déterminants politiques et donc démocratiques. Ils ont également de forts déterminants éthiques qui ne pourront être ignorés dans les débats démocratiques, dans les instances de démocratie sanitaire, dans les dispositifs de formation mais également dans la pratique quotidienne.

¹ Professeur Jean-François Mattei, *Questions de Consciences, De la génétique au post humanisme, Ed. Les liens qui libèrent, 2017*

2.3.2 LA SOUTENABILITÉ ÉCONOMIQUE RESTERA UN SUJET INCONTOURNABLE

La prise en compte de la dimension économique est la condition de l'accès aux soins de tous : toute ressource mal utilisée est un coût social inutile, et un risque d'inégalités entre citoyens.

En 2030, les questions de l'efficacité et de la pertinence des actes et des organisations seront, encore plus qu'aujourd'hui, les conditions de l'investissement, de l'innovation et de l'universalité de l'accès.

Des modes de financement autres que les dotations ou le financement à l'activité s'imposeront probablement. Ils pourraient valoriser la qualité, la valeur recueillie par le patient et son entourage pour une séquence ou un épisode de prise en charge. Dans ce contexte, l'optimisation des coûts, la pertinence des actes et de la coordination des prises en charge deviendraient des objectifs directs des professionnels de santé. Ils y seraient de ce fait financièrement incités.

Ainsi, cette toile de fond sociétale forme un socle commun qui portera les transformations à venir du système de santé. Plusieurs scénarii sont possibles, avec, selon les décisions politiques et les choix de financement, une part plus ou moins importante accordée à la prévention, à la dimension environnementale, ou à la prise en compte de la santé dans les politiques publiques. Plus largement, la diminution des coûts, l'amélioration de la performance et de l'efficacité pourraient entraîner une amélioration de l'accès aux soins et à l'innovation pour tous. Elles pourraient aussi conduire à des refus de soins et à la distribution de dividendes. De la même manière, l'usage de la technologie, dont l'exploitation des données de santé et l'intelligence artificielle, pourrait conduire à une déshumanisation et une perte de sens de la relation de soins. Ces questions renvoient au bon usage des démocraties sanitaire et parlementaire qui chacune à leur niveau auront à explorer ces questions et à les éclairer d'éthique et des valeurs de notre société.

3- STRATÉGIE RÉGIONALE POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les singularités des territoires et de la population régionale, les priorités de santé publique poursuivies en Provence-Alpes-Côte d'Azur, les orientations de la stratégie nationale de santé et les évolutions attendues dans les années à venir sont les principaux déterminants du cadre d'orientation stratégique régional.

De ces constats et de ces perspectives se dégagent des opportunités, des leviers que nous devons partager et actionner de concert pour enclencher la transformation vertueuse et contrôlée de notre système de santé dans les 10 années à venir.

3.1 LES AXES STRATÉGIQUES DE TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

3.1.1 AXE 1 : RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'IMPLICATION DES USAGERS

L'accès à la santé suppose de pouvoir utiliser le système de santé à bon escient. Le but est de progresser pour que, en 2030, le système de santé soit devenu plus lisible et plus compréhensible pour les usagers.

Renforcer la prévention et la promotion de la santé dans tous les milieux

- Mobiliser les institutions et les élus pour construire des politiques intégrées visant à promouvoir des comportements et des conditions de vie favorables à la santé, en maîtrisant notamment les risques environnementaux.
 - Evoluer vers des méthodes et des actions qui permettent l'implication des personnes concernées (« empowerment ») et ainsi l'évolution des comportements favorables à la santé de ceux qui en ont le plus besoin.
- Favoriser les actions de renforcement des compétences psychosociales.

Renforcer la place du citoyen-usager du système de santé

- Rendre plus lisibles et utilisables les informations et données en santé pour permettre une meilleure utilisation du système de santé.
- Développer la démocratie participative pour valoriser les initiatives probantes.
- Impliquer les usagers, écouter et soutenir les aidants.
- Reconnaître, valoriser, et utiliser le savoir-expérientiel, complémentaire au savoir médical.

« Les patients ne comprennent rien au système de santé et médico-social. Le parcours de soins est subi. On ajoute, à la douleur de la maladie, la lourdeur administrative », disait un directeur d'EHPAD lors de la concertation organisée en juin 2017.

3.1.2 AXE 2 : S'APPUYER SUR DES GOUVERNANCES PARTAGÉES DANS LES TERRITOIRES

La complexité du système de santé peut constituer un obstacle à l'organisation d'une réponse rapide et pertinente notamment par l'absence de communication entre les acteurs, l'émiettement des responsabilités et des financements ou la redondance des instances de gouvernance.

Face à ce constat, l'enjeu est de clarifier les responsabilités, de définir des objectifs communs, et de préciser la part de chacun pour leur réalisation. Les interdépendances peuvent ainsi devenir des synergies et permettre de mutualiser des ressources pour améliorer les réponses et non les mettre en concurrence ou en redondance.

Les leviers d'une gouvernance partagée.

- Réunir, dans les territoires, l'ensemble des acteurs de santé pour partager le diagnostic, les orientations et les objectifs à mettre en œuvre et s'entendre sur la méthode.
- Prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques : environnement et urbanisme, politiques industrielles et de logement, agriculture, éducation ...
- Expérimenter de nouvelles organisations de prise en charge, centrées sur les besoins des populations et non sur les champs de compétences des opérateurs présents.
- Concevoir des financements cohérents avec les objectifs, mieux utiliser les souplesses existantes, expérimenter et innover, associer les partenaires dans des co-financements pour avoir un effet levier.
- Evaluer et sélectionner les modalités qui font ou auront fait leurs preuves, informer les institutions, les élus, les usagers et la population, pour rendre compte des résultats et des évolutions de pratiques ; étudier les conditions de réussite et diffuser les actions probantes.

3.1.3 AXE 3 : RECONFIGURER L'OFFRE DE SANTÉ

Face aux évolutions en cours et annoncées, tous les acteurs vont devoir adapter leurs fonctionnements, modalités d'intervention, périmètre d'action et modalités de coopération. Pour utiliser au mieux les ressources disponibles, l'articulation entre les différentes prises en charge devra être structurée : c'est le principe de la gradation des soins.

Les leviers de la gradation des soins sont les suivants.

- Favoriser l'accès aux soins de proximité en développant les stages ambulatoires notamment dans les zones sous-dense, en développant l'exercice coordonné, en accompagnant la révolution numérique, projetant du temps médical et soignant notamment en encourageant l'exercice mixte, en développant les coopérations entre professionnels de santé, en simplifiant la vie des professionnels et en les accompagnant dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs projets.
- Développer des «réponses accompagnées pour tous», adaptées aux besoins de chacun, avec des préfigurations d'habitat inclusif.
- Définir, structurer et organiser le second recours et garantir l'accès à l'expertise.
- Accompagner le virage ambulatoire, qui s'opère dans le champ sanitaire et médico-social. Il modifiera les prises en charge dans les établissements en les limitant notamment aux temps diagnostiques ou thérapeutiques. Il modifiera également les soins et l'accompagnement des patients comme de leur entourage au domicile.
- Mailler le territoire avec des filières gériatriques et une offre adaptée aux enjeux de la perte d'autonomie des personnes âgées.
- Systématiser la gradation des plateaux techniques.
- Réguler les pratiques par la qualité et la pertinence des prises en charge.
- Contractualiser avec les acteurs de santé pour mettre en œuvre ces transformations.

3.1.4 AXE 4 : ANTICIPER L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS TOUT EN ACCOMPAGNANT CELLES DES ORGANISATIONS

L'évolution des métiers de la santé dans les 10 ans à venir doit permettre de garantir l'accessibilité à la santé sur tout le territoire, de répondre aux besoins d'une population plus âgée et souffrant de pathologies chroniques. Il s'agit donc de modifier les pratiques pour prendre en compte un triple changement : la technicité croissante dans les stratégies thérapeutiques ; la personnalisation de l'accompagnement et des prises en charge des personnes et de leur entourage ; le développement de la pluridisciplinarité et des pratiques partenariales.

Les leviers des évolutions des métiers de la santé.

- Travailler avec l'Université, le Conseil régional et la DRJSCS pour enrichir l'offre de formation : associer les patients experts, développer le e-learning, promouvoir des approches plus globales (promotion de la santé, culture gériatrique,...)
- Faciliter l'intégration des résultats de la recherche et de l'innovation : développer la recherche clinique en médecine générale, les living labs, la simulation, le transfert de savoir entre professionnels.
- Soutenir les nouvelles pratiques : s'appuyer sur des organisations apprenantes², intégrer des professionnels à la recherche et à la construction des politiques publiques, accompagner le déploiement de nouveaux métiers : en pratiques avancées, référents parcours et coordonnateurs, médiateurs santé,...
- Soutenir la démographie médicale dans les territoires ruraux : mettre en place une politique de formation et de recrutements des professionnels de santé valorisant l'exercice dans les territoires isolés.
- Développer les professions d'accompagnateur, de médiateurs, de référents de proximité pour accompagner les patients dans leur parcours ainsi que des conseillers en environnement ou en habitat, mieux prendre en compte les déterminants environnementaux.
- Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, anticiper la gestion des carrières dans les métiers de la santé : valorisation de l'expérience, deuxièmes carrières,...
- Prendre soin de ceux qui soignent et mettre en place des politiques de prévention des risques dans tous les établissements, avec une attention particulière pour le secteur médico-social. Initier un dispositif spécifique pour la santé des médecins, quel que soit leur statut (salarié ou libéral).

3.1.5 AXE 5 : UTILISER LES INNOVATIONS ET LES OUTILS NUMÉRIQUES

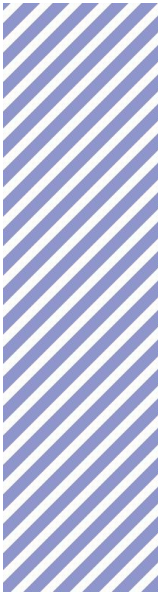
Les outils numériques représentent des opportunités pour l'accessibilité aux soins et à l'expertise, la sécurisation des prises en charge, le suivi régulier des malades chroniques, le maintien au domicile, l'organisation en réseau des professionnels de santé, le fonctionnement des établissements et l'organisation des parcours. Le numérique est un levier de développement de la politique régionale de santé. Tous les acteurs sont incités à l'innovation organisationnelle et technique avec pour objectifs la qualité, l'efficacité et la pertinence des prises en charge.

Les leviers du développement des innovations et du numérique.

- Mettre en œuvre et accompagner les projets innovants, en lien avec la recherche, les acteurs de santé, les institutions et les industriels. Pour cela, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ouvre un cadre utile.

² Les organisations intelligentes ou communautés apprenantes ont été décrites dans le monde des entreprises par des auteurs comme Frederic Laloux (re-inventing organizations, 2014) qui décrit dans son livre un système d'organisation d'infirmières libérales, Buurtzorg, qui est devenu la première entreprise des Pays-Bas dans le secteur des soins à domicile aux personnes âgées et proposant une organisation du travail inspirée, sans hiérarchie ni chef.

- Stabiliser une gouvernance régionale des systèmes d'information, permettant la concertation responsable et l'implication des acteurs concernés, afin de renforcer l'implication des acteurs et des usages.
- Généraliser les normes et usages pour les outils de partage d'information, en lien avec les plateformes et projets nationaux : messagerie sécurisée de santé, dossier médical partagé, répertoire opérationnel des ressources et serveur régional de rapprochement des identités, politique de sécurité des systèmes d'information, intégration et interopérabilité, accompagnement à la mise en œuvre des systèmes d'information des groupements hospitaliers de territoires.
- Accompagner les acteurs de santé dans la mise en œuvre de la politique nationale sur les systèmes d'information : télémédecine, dossier communicant en cancérologie, accès aux outils de diagnostic en imagerie médicale, coordination et gestion des parcours de santé. Pour cela, l'accès à l'espace numérique de santé sera généralisé pour l'ensemble des acteurs de santé.
- Développer des outils et services à destination des patients.
- Favoriser «l'empowerment» des acteurs la démocratie sanitaire en créant des espaces d'échanges entre usagers du système de santé et entre professionnels.



«Les technologies du numérique sont porteuses de changements majeurs dans l'organisation et le fonctionnement de notre système de santé. Elles permettent non seulement de moderniser les organisations actuelles, mais aussi d'imaginer des pratiques radicalement nouvelles. Notre système de santé a besoin de ces innovations pour dépasser les difficultés de coordination entre professionnels, faire face à une part croissante de patients atteints de maladies chroniques, permettre aux citoyens et patients d'être plus impliqués dans leur prise en charge», Stratégie nationale e-santé 2020.

3.1.6 AXE 6 : DÉVELOPPER LA COLLABORATION ET LA COORDINATION DANS LES PRISES EN CHARGE DE PROXIMITÉ

La gestion des situations complexes butes sur le cloisonnement et les ruptures dans les parcours de soins et d'accompagnement. La coordination territoriale nécessite d'identifier les responsabilités des acteurs et d'organiser les prises en charge de manière coordonnée.

A côté des cas les plus complexes, des actes de coordination efficaces et plus standards seront identifiés et déployés sur le territoire pour les professionnels, les patients et leur entourage.

Les leviers de la coopération et de la coordination territoriale.

- Repérer et soutenir les dispositifs d'appui au maintien à domicile et les initiatives confortant les prises en charge en proximité ;
- Coordonner les parcours de santé complexes et organiser la disponibilité des services d'appui concernés dans les territoires ;
- Développer les techniques et outils de la coordination partagés et interopérables, en particulier les services numériques ;
- Faire évoluer les modes de financements et donner un intérêt à agir pour la coordination des prises en charges.

«Aujourd'hui, on ne sait pas faire circuler les patients entre le secteur de la santé et le secteur social». Un professionnel de santé.

3.2 ORGANISER LES SEPT PARCOURS PRIORITAIRES DANS LA RÉGION

3.2.1 MODÉLISER DES PARCOURS DE SANTÉ : PASSER D'UNE LOGIQUE DE STRUCTURE À UNE LOGIQUE DE PARCOURS

Organiser des parcours en santé implique, pour tous les acteurs de passer d'une logique de structure à une logique de trajectoire ; d'une logique de production de soins à une logique de valeur retirée par le patient et son entourage de la séquence de prise en charge proposée.

Cela implique des temps de soins et des temps d'accompagnement et de coordination. Cela implique également que le patient puisse devenir autonome, acteur, partenaire, et pilote de son projet de santé.

Les organisations en place sont trop souvent cloisonnées. Elles sont issues de logiques d'institution et de public ou de pathologies spécifiques. Or les besoins évoluent. Les patients sont devenus chroniques et complexes, et nous sommes tenus à l'optimisation, à l'efficacité et à la pertinence des actes, mais également de la globalité des prises en charge. Il s'agit donc de lever les freins de ces parcours, d'identifier les étapes clés, d'en faciliter l'accès : de placer des «panneaux indicateurs».

Cette démarche passe par une attention accrue à la prévention et à l'anticipation des moments charnières pour la personne. Elle s'appuie sur l'identification des risques de ruptures et de dégradation de l'état de santé, l'agencement des différents accompagnements entre eux, ainsi que sur l'adaptation des réponses de santé face aux évolutions dans le temps des besoins et attentes de la personne. L'ensemble des dimensions de la situation des personnes est pris en compte par les acteurs du soin et de l'accompagnement, y compris la participation sociale, la citoyenneté, l'insertion scolaire et professionnelle.

L'organisation des parcours en santé implique l'action coordonnée sur un territoire des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Elle intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Elle répond aux transformations nécessaires pour les prises en charge de qualité des malades chroniques et des situations de dépendance.

3.2.2 LES PARCOURS PRIORITAIRES DE LA RÉGION PACA

Nous avons ainsi identifié sept parcours de santé prioritaires dans une logique de trajectoire. Certains sont populationnels, d'autres sont thématiques. Ils ont été retenus au regard de l'enjeu en termes de santé publique pour la population régionale, tels que décrits dans la première partie de ce document. L'existence de marges de transformation fortes et de gains d'efficacité attendus avec le décloisonnement est également un des critères, tout comme la capacité de l'ARS à agir.

La notion de parcours populationnel ou thématique facilite l'élaboration de réponses concrètes au service des personnes et des acteurs de santé. Naturellement, le patient peut être concerné par plusieurs parcours : être malade chronique et sujet au vieillissement, ou être adolescent et en situation de handicap, ou encore être en situation de précarité et souffrir de troubles psychiques.

Ainsi, il n'y a pas que «sept parcours», mais une démarche qui vise à réfléchir à la prise en charge de la personne en intégrant l'ensemble de problématiques qui concourent à sa santé, regroupées autour des points structurants suivants.

- **Construire un environnement favorable.**
- **Favoriser la promotion de la santé, par une approche transversale des déterminants de la santé, le développement des compétences individuelles, l'éducation et la prévention.**
- **Développer le repérage, le dépistage le diagnostic et l'annonce des problèmes de santé.**
- **Développer une prise en charge coordonnée des personnes, au plus près de leur domicile.**
- **Organiser l'accès à l'expertise et à des concertations pluri-professionnelles, le recours à des soins spécialisés.**
- **Renforcer l'accompagnement pour les personnes en perte d'autonomie ou souffrant de handicaps.**

Les sept parcours prioritaires concernent :

- **Les enfants, adolescents, jeunes adultes.**
- **Les personnes âgées.**
- **Les personnes atteintes de maladies chroniques.**
- **Les personnes en situation de précarité.**
- **Les personnes en situation de handicap.**
- **La santé et les addictions.**
- **La santé mentale.**

Avec pour tous, le souci d'impliquer l'ensemble des parties prenantes et les acteurs concernés pour avoir des organisations et des outils permettant une bonne coordination des interventions autour de la personne.

4- PILOTAGE ET ÉVALUATION DU PRS

La mise en œuvre du Projet Régional de Santé nécessite :

- Un dispositif de pilotage spécifique permettant de rendre compte de la mise en œuvre des actions prévues,
- Une organisation en mode projet impliquant l'ensemble des directions métiers, délégations territoriales de l'Agence Régionale de Santé et des partenaires externes.

Sa gouvernance s'appuie sur le CODIR qui assure un suivi régulier des actions et programmes menés et garantit leur cohérence avec le Projet régional de santé et ses orientations stratégiques.

Ce suivi sera partagé annuellement avec les instances de démocratie et les partenaires externes.

Le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé prévoit une évaluation au terme de l'échéance respective du COS et du SRS. L'expérience de notre premier PRS a démontré l'intérêt de la participation des acteurs de la démocratie sanitaire dans le domaine de l'évaluation.

Ainsi, des représentants de la CRSA et des conseils territoriaux de santé seront associés au cadrage des travaux d'évaluation : définition des enjeux et objectifs de l'évaluation, construction des référentiels, partage des résultats et des perspectives. Les modalités seront à définir en concertation.

Cette évaluation se déclinera sous la forme :

- D'un suivi opérationnel des actions prévues dans le Schéma régional de santé et dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis, au travers d'indicateurs de moyens et de résultats qui seront intégrés dans l'outil informatique 6PO, permettant de simplifier le partage et la communication des résultats. Ce suivi régulier s'effectuera au niveau régional et sur les territoires.
L'ensemble des indicateurs (actuellement en cours de description) seront publiés dans un document spécifique qui suivra la publication du PRS.
- D'évaluations d'actions ou de programmes emblématiques de l'action de transformation du système de santé, engagée par l'Agence dans le cadre du Projet régional de santé. Le programme des évaluations pourra être réexaminé annuellement, en concertation avec les instances de démocratie sanitaire.
- D'une évaluation d'impact au terme du SRS. Tout en s'appuyant sur les résultats du suivi et des évaluations menées au cours des cinq années, l'évaluation d'impact associera largement les professionnels de santé et citoyens.
Par le biais de méthodes évaluatives associant les citoyens, (enquête, focus groups, entretiens,...), cela pourra être l'occasion d'interroger l'alignement des actions menées avec le vécu des usagers. Pourront notamment être abordés les thèmes centraux du Schéma régional de santé, tels que les parcours de santé, la coordination et la pertinence des prises en charges, la réduction des inégalités sociales et territoriales, la transformation de l'offre de santé, le déploiement des innovations, de la prévention, l'intégration des soins primaires...



ARS

R93-2018-09-24-010

Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux
soins des personnes les plus démunies 2018-2023
Provence-Alpes-Cote d Azur



Provence-Alpes-Côte d'Azur

Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2018, 2023,



1-	INTRODUCTION	3
	ENJEUX À 10 ANS.....	3
	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS À 5 ANS.....	3
2-	DONNÉES GÉNÉRALES.....	4
	2.1 CONTEXTE.....	4
	2.2 QUELQUES DONNÉES SUR LA PAUVRETÉ EN RÉGION PACA.....	4
	2.3 UN INDICE POUR REPÉRER LES TERRITOIRES LES PLUS VULNÉRABLES : L'IDS.....	5
	2.4 DONNÉES SOCIOÉCONOMIQUES.....	6
	2.5 DES TERRITOIRES SOCIALEMENT TRÈS VULNÉRABLES.....	6
3-	LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ.....	7
	3.1 HABITAT ET SANTÉ.....	7
	3.2 QUALITÉ DE L'AIR ET SANTÉ.....	8
4-	POPULATIONS CIBLES, PERSONNES CONCERNÉES.....	10
	4.1 LES FAMILLES ET LES ENFANTS LES PLUS DÉMUNIS.....	10
	4.2 LES POPULATIONS IMMIGRÉES.....	11
	4.3 LES PERSONNES SANS CHEZ-SOI.....	14
	4.4 LES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION.....	17
	4.5 LES POPULATIONS SOUS MAIN DE JUSTICE.....	18
	4.6 LES TRAVAILLEURS SAISONNIERS.....	20
	4.7 LES PERSONNES SANS DROITS.....	21
5-	LES DISPOSITIFS FAVORISANT L'ACCÈS AUX SOINS.....	23
	5.1 LA COUVERTURE MALADIE.....	23
	5.2 L'ACCÈS AUX SOINS ORDINAIRES/UNIVERSELS.....	26
	5.3 LES DISPOSITIFS DE SOINS SPÉCIFIQUES.....	27
6-	LES DISPOSITIFS FAVORISANT L'ACCÈS AU LOGEMENT.....	35
7-	OÙ EN EST-ON? BILAN DU PRAPS 2012-2017 ET DIFFICULTÉS PERSISTANTES.....	36
	7.1 LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE PRAPS.....	36
	7.2 PARTICULARITÉS RÉGIONALES ET/OU TERRITORIALES.....	36
	7.4 PLANS NATIONAUX.....	38
8-	OÙ VA-T-ON ? PRAPS V (2018-2023).....	47
	8.1 ENJEUX A 10 ANS.....	47
	8.2 OBJECTIFS OPÉRATIONNELS À 5 ANS.....	47
	8.3 FOCUS SUR CERTAINS PUBLICS, DISPOSITIFS ET THÉMATIQUES.....	53
	8.3.1 LES PERSONNES RÉFUGIÉES ET DEMANDEURS D'ASILE.....	53
	8.3.2 LES PERSONNES DÉTENUES.....	54
9-	ANNEXES.....	59
	ANNEXE 1 : BILAN DE L'APPEL A PROJETS PRAPS 2015.....	59
	ANNEXE 2 : SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ.....	64
	ANNEXE 3 : SUICIDE EN PRISON.....	73
	ANNEXE 4 : BILAN ET ANALYSE DU FONCTIONNEMENT DES PASS.....	75
	ANNEXE 5 : ACCÈS AUX PRODUITS DE SANTE DES PERSONNES PRECAIRES (OMEDIT).....	82
	ANNEXE 6 : NOUVEAUX MÉTIERS.....	83
	ANNEXE 7 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX TRAVAUX DU PRAPS.....	85
	ANNEXE 8 : QUELQUES DÉFINITIONS.....	87



1- INTRODUCTION

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la place du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), en l'érigeant en seul programme obligatoire du projet régional de santé (PRS) au côté du schéma régional de santé (SRS) et le soumet à la concertation institutionnelle dans le même cadre.

Le PRAPS apporte des réponses concrètes en allant au plus près de la personne, et de son parcours de vie, en prenant en compte une approche territoriale et de proximité.

La réussite du PRAPS relève pour l'ensemble des acteurs d'une volonté commune d'agir et de se coordonner.

Le PRAPS nécessite, pour son élaboration, une large concertation régionale des intervenants auprès de ces publics :

- les services de l'État : DDCS, DRJSCS, DIRECCTE, Rectorats, DRAAF, DREAL, DIRPJJ, Services pénitentiaires, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité ...;
- les collectivités territoriales (Conseil régional, Conseils départementaux, PMI, communes) ;
- et leurs services : CCAS, Ateliers Santé Ville, Missions locales ;
- les organismes de sécurité sociale : Carsat, Cpam, MSA, RSI, Mutuelles ;
- et plus largement les acteurs et usagers : EMPP, PASS, associations des secteurs sanitaires et sociaux, centres de ressources, professionnels sanitaires et sociaux, personnes issues de la précarité...

ENJEUX À 10 ANS

- Avoir une politique de lutte contre les inégalités sociales coordonnée et évaluée.
- Favoriser l'émergence de nouvelles organisations et de nouveaux métiers.
- Adapter certains progrès technologiques pertinents afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.
- Faciliter la résolution d'un ou deux grands problèmes d'inégalités sociales de santé *via* des programmes expérimentaux et des politiques volontaristes transversales efficaces.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS À 5 ANS

- Travailler sur des déterminants sociaux de santé prioritaire : logement, inclusion sociale et travail.
- Améliorer l'efficacité et l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis.
- Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies.
- Appliquer les bonnes pratiques,
- Accompagner les nouveaux métiers et les nouvelles organisations.
- Assurer l'efficience des actions de prévention et de promotion de la santé.
- Évaluation, recherche, transfert de savoir et innovation.

Une bonne gouvernance doit reposer sur un équilibre : l'ARS doit assurer le rôle d'impulsion de l'élaboration et de la mise en œuvre du PRAPS, tout en recherchant l'adhésion et l'implication de ses partenaires. La démarche doit favoriser la participation de chaque partie prenante. Dès lors, le PRAPS s'avère en co-construction permanente par l'interaction entre tous les partenaires.

Le programme a été élaboré à partir des travaux de l'instance de concertation régionale qui se sont déroulés entre octobre 2016 et juin 2017. Nous avons pu établir ensemble un état des lieux et proposer des plans d'action, nourris des compétences, des expériences, et des engagements de ses membres. Des priorités se sont dégagées et ont permis de constituer des ateliers thématiques : la coordination aussi bien institutionnelle qu'entre les acteurs, la médiation, les migrants, l'aller vers les personnes les plus invisibles, la formation, les besoins primaires.

2- DONNÉES GÉNÉRALES

2.1 CONTEXTE

Au 1^{er} janvier 2014, la population de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) est estimée à 4 964 859 habitants, soit une augmentation de 100 800 personnes depuis 2007. Le nombre d'habitants croît au rythme régulier de 0,3 % par an, soit en moyenne 14 000 habitants supplémentaires chaque année entre 2007 et 2014. Ce rythme est légèrement inférieur à celui de la France métropolitaine (+ 0,5 % par an).

Paca est une région fortement urbanisée : près de neuf habitants sur dix résident dans une de ses 13 grandes aires urbaines et à elles seules, les cinq plus importantes (Marseille - Aix-en-Provence, Nice, Toulon et Avignon) en représentent 78 %. Les communes de Provence-Alpes-Côte d'Azur sont en moyenne très peuplées, étendues et peu nombreuses.

Cependant, il existe de grandes inégalités d'accès aux soins au sein du territoire régional. Certaines populations sont en effet très éloignées des équipements et services : 82 000 personnes sont à plus d'une heure «aller-retour» de ceux de la catégorie supérieure. Les populations éloignées se situent principalement en territoire de montagne. De plus, 12 % de la population rurale est située à plus de 30 minutes «aller-retour» des équipements intermédiaires.

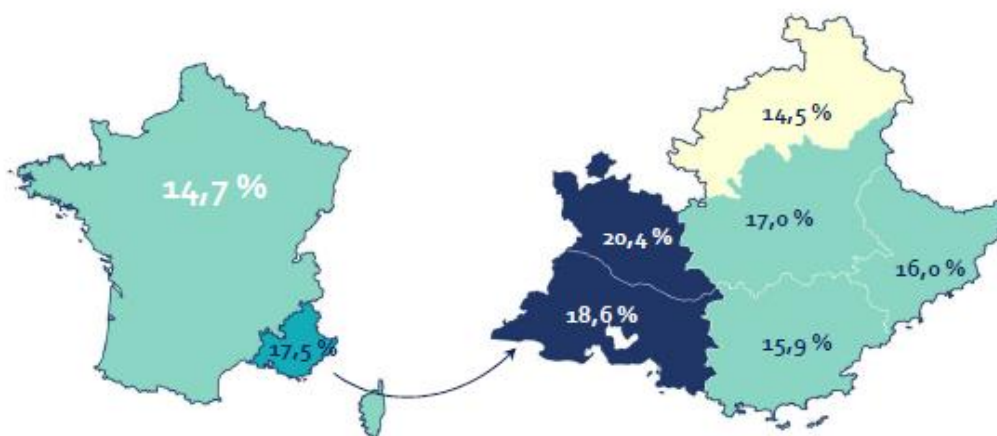
2.2 QUELQUES DONNÉES SUR LA PAUVRETÉ EN RÉGION PACA

En 2014, 17,5 % des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur, soit environ 870 000 personnes, vivent sous le seuil de pauvreté, c'est-à-dire avec moins de 1008 euros par mois et par unité de consommation¹. Cela représente un habitant sur six. C'est nettement supérieur au niveau national, où le taux de pauvreté s'établit à 14,7 %. Provence-Alpes-Côte d'Azur est la 3^e région la plus touchée par la pauvreté, après les Hauts-de-France et la Corse. Comme partout en métropole, la pauvreté s'accroît avec la concentration urbaine. Dans les 10 grandes aires urbaines de la région comprenant une couronne, la pauvreté est plus élevée dans le pôle urbain que dans la couronne et plus élevée dans la ville centre que dans les pôles urbains. Le 3^{ème} arrondissement de Marseille est le plus pauvre de France métropolitaine (51,3% des habitants vivent sous le seuil de pauvreté) et cinq arrondissements (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 14^{ème} et 15^{ème}) figurent parmi les communes ou arrondissements municipaux les plus pauvres de France métropolitaine.

TABLEAU > LA PAUVRETE EST INTENSE DANS LES BOUCHES-DU-RHÔNE
Taux de pauvreté et intensité de la pauvreté dans les départements de la région Paca en 2012

Départements	Taux de pauvreté en %	Niveau de vie médian des personnes pauvres		Intensité de la pauvreté
		En euros/mois	En euros/an	
Alpes-de-Haute-Provence	16,4	782	9380	21,0
Hautes-Alpes	14,1	793	9552	19,8
Alpes-Maritimes	15,2	763	9155	22,9
Bouches-du-Rhône	18,1	759	9103	23,3
Var	15,3	768	9216	22,4
Vaucluse	19,8	767	9204	22,5
Région Paca	16,9	764	9165	22,8
France métropolitaine	14,3	782	9378	21,0

¹ Source INSEE : RP 2014 Exploitation DROS 2017



Source : Insee, Filosofi et RP 2014 – Traitement Dros

Taux de pauvreté en France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2014

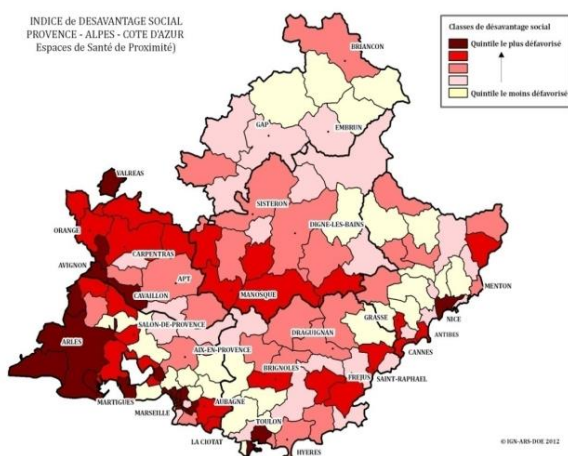
2.3 UN INDICE POUR REPÉRER LES TERRITOIRES LES PLUS VULNÉRABLES : L'IDS

L'ARS a défini un indice de désavantage social (IDS) composé des indicateurs suivants :

- le niveau de revenu médian ;
- le taux de chômage ;
- la part de non diplômés chez les 15 ans et plus ;
- la proportion de logements en location ;
- la part de familles monoparentales.

L'exploitation de ces indicateurs regroupés en 5 classes, de la plus favorisée (IDS 1) à la plus défavorisée (IDS 5), a permis d'identifier des territoires socialement très vulnérables.

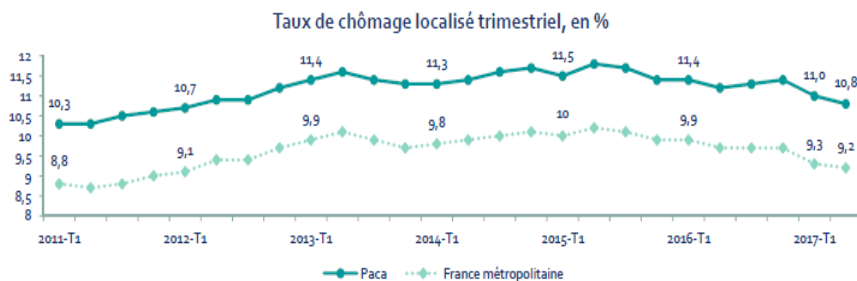
La carte ci-dessous révèle que les territoires les plus défavorisés sont situés dans le Vaucluse, à Marseille et dans le Nord-Ouest du département des Bouches-du-Rhône.



2.4 DONNÉES SOCIOÉCONOMIQUES

En région Paca, au deuxième trimestre 2017, 10,8% de la population active est au chômage. 42,6% des demandeurs d'emploi (catégories A, B, C) sont inscrits depuis plus d'un an (contre 43,9% en France métropolitaine).

Après une légère hausse en 2016, le taux de chômage en région Paca a diminué début 2017.



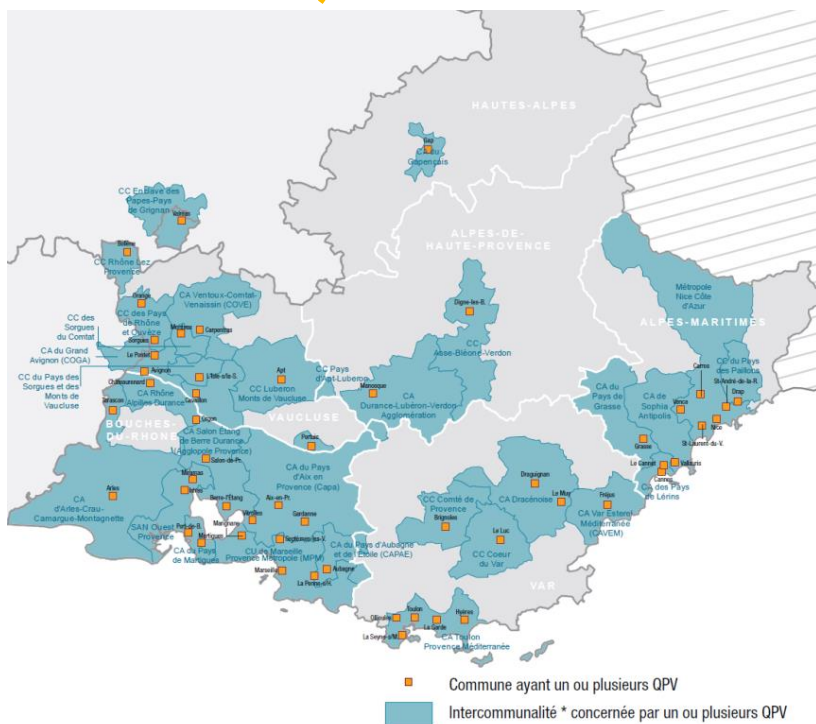
Source INSEE, taux de chômage localisée, Pôle Emploi, DARES, traitement DROS

2.5 DES TERRITOIRES SOCIALEMENT TRÈS VULNÉRABLES?

Avec la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine de 2014, l'État a mis en œuvre une simplification des dispositifs anciens et redéfini les périmètres d'intervention de la géographie prioritaire de la politique de la ville pour concentrer les moyens vers les territoires les plus en difficulté : les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Ces nouveaux périmètres ont été identifiés selon un critère unique à savoir le revenu par habitant et validés par les élus locaux.

5,5 millions d'habitants de France métropolitaine vivent dans les 1 500 quartiers les plus pauvres, ciblés par la géographie prioritaire.

La région Paca compte 128 quartiers prioritaires de la politique de la ville soit 9,9% des quartiers prioritaires de la politique de la ville de la France métropolitaine. 511 191 habitants résident dans ces quartiers, soit 10,3% de la population régionale. En d'autres termes, un quartier de la politique de la ville sur dix est situé en région Paca. Marseille concentre à elle seule la moitié de leurs habitants. Les quartiers labellisés en politique de la ville de la région sont parmi les plus pauvres de France métropolitaine. Seulement la moitié des ménages y bénéficie d'un logement social, la plus faible part de toutes les régions françaises. L'insertion professionnelle des résidents de ces quartiers est particulièrement difficile, notamment pour les femmes. Les étrangers, les jeunes et les familles monoparentales y sont surreprésentés.



* Périmètre au 1^{er} janvier 2015. Les communes sans intercommunalité sont signataires d'un contrat de ville en 2015

² Source : CGET : <http://www.cgnet.gouv.fr/>

3- LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ

3.1 HABITAT ET SANTÉ

Quand l'habitat est dégradé, qu'il s'agisse de la vétusté ou d'autres facteurs de dégradation, il peut présenter un réel danger pour la santé de ses occupants. Les facteurs de risques liés au logement sont le plus souvent : la présence de peintures dégradées au plomb qui peuvent être à l'origine de cas de saturnisme chez les enfants, l'humidité, le manque d'aération d'un logement qui sont des facteurs d'apparition/d'aggravation d'asthme et d'allergies, un dysfonctionnement des appareils de chauffage qui peut être à l'origine d'intoxications au monoxyde de carbone (environ 300/an en région Paca).

État du parc de logements et de l'accessibilité aux logements³

D'après l'enquête de l'INSEE⁴, la proportion de résidences principales considérées comme étant de «mauvaise qualité» en région Paca est supérieure à la moyenne nationale (8% contre 5%). De même, la sur-occupation des logements est plus fréquente en Paca (12% des ménages) qu'au niveau national (9%).

La région Paca se distingue des autres régions par des dépenses totales de logement relativement élevées en moyenne alors que le revenu moyen des ménages est plus faible. Le taux d'effort brut - rapport des loyers et charges aux revenus - des ménages de Paca est donc élevé : 15,3% contre 13,4% en France métropolitaine. La lutte contre l'habitat indigne, dont une partie est considérée comme insalubre, exposant à un risque d'intoxication au plomb, menaçant ruine, hôtels meublés dangereux, et habitat précaire, a été lancée comme plan d'action pluriannuel, à la suite de l'adoption du programme communautaire de lutte pour "l'inclusion" au sommet européen de Nice en décembre 2000.

La région Paca est l'une des régions de France particulièrement concernée par la lutte contre l'habitat indigne du fait de l'importance de son parc de logements anciens et de la précarité de sa population. En Paca, on estime à 135 000 environ le nombre de logements constituant le parc des logements potentiellement indignes en 2011/2012 : ce nombre représente 33% du parc des logements potentiellement indignes de la France métropolitaine.

La ville de Marseille, à elle seule, représente 17% du parc national. Les villes de Paca dotées d'un SCHS abritent quant à elles 52% du parc des logements potentiellement indignes de la région. Ces chiffres peuvent être affinés à partir des données FILOCOM (Fichier des LOGements à l'échelle COMmunale) les plus récentes : 15 500 logements constituent très certainement la réalité de l'indignité la plus "dure", l'insalubrité, retrouvée dans les logements et immeubles délabrés, dont les qualités constructives et les équipements sont tels que les caractères élémentaires d'habitabilité ne sont pas respectés.

On peut estimer aussi à plus de 9 000 le nombre de logements lourdement sur-occupés et à près de 14 000 le nombre de ceux construits avant 1949 et occupés par des familles ayant des enfants en bas âges : ces 23 000 logements sont de qualité constructive moyenne à médiocre, avec le plus souvent l'absence d'équipements sanitaires intérieurs. Les plus anciens peuvent être ciblés comme étant sujets au risque d'exposer les enfants qu'ils abritent au plomb (saturnisme infantile par réseaux d'eau et peintures). On estime à près de 40 000 (logements insalubres + logements de qualité médiocre et/ou sur-occupés construits avant 1949), le nombre de logements en Paca susceptibles d'être source d'exposition au plomb pour les enfants qui les occupent.

³ Enquête annuelle sur les actions départementales engagées pour lutter contre l'habitat indigne 2008 - 2009 - DGS

⁴ Le logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Insee - Décembre 2008

3.2 QUALITÉ DE L'AIR ET SANTÉ

L'impact sanitaire de la pollution est aujourd'hui bien établi et documenté. Il constitue la troisième cause de mortalité en France et est responsable au niveau mondial de 1/3 des décès par cancer du poumon, de 1/3 des décès par accident vasculaire cérébral, de 1/3 des décès des suites d'une maladie cardiaque.

L'importance de ces effets varie selon la taille des polluants, leur composition chimique, la dose inhalée mais aussi la durée d'exposition et les individus eux-mêmes. Ces polluants touchent essentiellement les voies respiratoires supérieures (pharynx, larynx, trachée) ou inférieures (bronches, bronchioles, alvéoles pulmonaires). Au-delà d'une hyper-réactivité bronchique ou d'infections pulmonaires (NO₂), certains peuvent également affecter les yeux (O₃), la peau (SO₂), le sang (CO), le système nerveux (métaux lourds) voire être à l'origine de cancer (benzène, benzo(a)pyrène). Pour tous les polluants, les effets sont amplifiés par le tabagisme. L'exposition à long terme à la pollution favorise la survenue chronique de problèmes de santé, génère une surmortalité et une baisse de l'espérance de vie.

En France plus de 3,5 millions de personnes sont asthmatiques et 50 000 sont atteintes d'une insuffisance respiratoire grave. 30% de la population présente une allergie respiratoire, et sont de fait, plus sensibles aux effets de la pollution de l'air.

Les particules sont particulièrement dangereuses pour la santé, du fait de leur composition chimique (elles véhiculent de nombreux gaz) et de leur taille. Plus elles sont fines, plus elles pénètrent profondément dans l'appareil respiratoire jusqu'à atteindre les alvéoles pulmonaires et plus les lésions liées aux composants chimiques adsorbés sur ces particules sont graves.

Coût sociétal et sanitaire

La pollution est responsable chaque année de 48 000 décès prématurés en France et engendre des coûts directs sur la santé de la population française, évalués à 100 milliards d'euros par an dans un rapport présenté au sénat en 2015.

Qualité de l'air et santé

AirPaca est l'association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air sur l'ensemble de la région PACA. L'ARS participe activement à sa gouvernance et est liée depuis 2014 à AirPaca par une convention pour conduire des actions sur la qualité de l'air en faveur de l'amélioration de la santé telles que :

- Actions d'éducation à la santé sur la qualité de l'air intérieur et extérieur.
- Appui à la gestion de situation à risque sanitaire dans l'habitat ou à proximité des lieux d'habitation.
- Diffusion des messages sanitaires réglementaires de recommandations lors des pics de pollution et de l'activation des procédures préfectorales d'information ou d'alerte de la population.
- Appui technique à l'activité des conseillers en environnement intérieur intervenant dans les logements sur prescription médicale et en lien avec les PASS Mère-enfant.

Qualité de l'air intérieur

Nous passons la plus grande partie de notre temps (près de 90%) dans un espace clos, c'est pourquoi il faut être attentif à la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments. Outre les polluants apportés par l'extérieur, de nombreuses substances peuvent être émises à l'intérieur des locaux, notamment par les matériaux de construction, d'ameublement et de décoration, les colles, les appareils à combustion, les animaux et les diverses activités humaines (tabagisme, activités de cuisine, d'entretien et de bricolage, bureautique, etc.). Ces polluants peuvent avoir des effets sanitaires divers tels que : asthme, allergies respiratoires, irritation du nez et des voies respiratoires, et certaines substances peuvent avoir un effet cancérigène.

Il est possible d'agir pour améliorer la qualité de l'air intérieur, notamment en choisissant des matériaux émettant moins de substances polluantes, en améliorant les conditions d'aération des locaux et en ayant des comportements adaptés dans son logement (entretien des appareils à combustion, tabagisme, usage de produits d'entretien...).

Des mesures sont également prises d'une part pour surveiller la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public, mais également pour accompagner les malades par des enquêtes environnementales réalisées dans les logements par des conseillers en environnement intérieur / conseillers habitat santé sur prescription médicale.

L'ensemble de ces actions ont notamment été impulsées par la mise en œuvre du 2^{ème} Plan national santé environnement (PNSE2) et sont poursuivies dans le PNSE 3 (2015-2019), le plan d'actions sur la qualité de l'air intérieur y étant intégré.



4- POPULATIONS CIBLES, PERSONNES CONCERNÉES

La définition des «personnes les plus démunies» n'a pas fait l'objet d'un consensus ni du point de vue des professionnels, ni du point de vue des chercheur(e)s, ni du point de vue des personnes directement concernées. Différentes formes de pauvreté coexistent dans la région, qu'il s'agisse d'une pauvreté touchant davantage les jeunes et les familles

monoparentales (près d'un enfant de moins de six ans sur quatre appartient à un ménage pauvre, contre un sur cinq en moyenne en France métropolitaine) ou d'une pauvreté ciblant les personnes âgées.

4.1 LES FAMILLES ET LES ENFANTS LES PLUS DÉMUNIS

Les familles monoparentales

Dans la région Paca, une famille sur deux est monoparentale parmi les foyers à bas revenus contrairement aux familles à hauts revenus où la structure familiale principale est représentée par les couples. Les caractéristiques des familles monoparentales notamment en Paca (féminines dans 95% des cas, peu diplômées, souvent confrontées au chômage ou à une forte précarité professionnelle) peuvent, pour partie, expliquer leur surreprésentation parmi les foyers à bas revenus.

Les familles sans chez-soi

L'importance du problème est non documentée scientifiquement en région Paca. Une évaluation de l'état de santé de ces familles sera encouragée.

A titre indicatif, à Paris, une étude révèle que la taille de la population concernée par ce problème est estimée à 10 280 familles. Dans cette étude, la moitié était des familles monoparentales dirigées par des femmes et 94% étaient nées hors de France. La plupart des familles avaient connu une instabilité du logement et 94% vivaient en dessous du seuil de pauvreté (1023 euros / mois). La malnutrition est un problème majeur : la prévalence de l'insécurité alimentaire est élevée (77% des parents et 69% des enfants), ainsi que l'anémie (50% des mères et 38% des enfants), le surpoids (38% des mères et 22% des enfants) et l'obésité (32% des mères et 4% des enfants). Des taux élevés de troubles dépressifs ont été observés chez 30% des mères sans-abri et 20% des enfants présentaient des signes de troubles mentaux possibles (Vandentorren et al. 2016). Une anémie a été détectée chez 39,9% des enfants et 50,6% des mères. Cette anémie était positivement associée à l'insécurité alimentaire des enfants, à l'absence d'installations de cuisine et au revenu mensuel des ménages (Arnaud et al. 2017).

4.2 LES POPULATIONS IMMIGRÉES

	Nombre de personnes immigrées	Nombre d'étrangers	Part dans la population (%)	Part des femmes en %	Part des étrangers provenant de l'Union européenne (%)	Part des Algériens (%)	Part des Marocains (%)	Part des Tunisiens (%)	Part des Turcs (%)
Alpes-de-Haute-Provence	11 550	7 280	4,5	51,13	55,4	9,4	11,2	2,4	3,1
Hautes-Alpes	7 598	4 791	3,4	50,68	55,6	8,4	6,7	5,3	5,4
Alpes-Maritimes	151 288	108 660	10	52,01	48,3	6,5	6,8	15,4	0,7
Bouches-du-Rhône	210 373	128 686	6,4	51,33	23,1	27,4	10,7	7,6	4,5
Var	77 688	50 419	4,9	51,61	42,9	10,4	17,5	15,5	2,7
Vaucluse	59 541	39 328	7,1	50,69	31,3	9,5	40,3	3,2	3,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	518 037	339 164	6,8	51,49	36,2	15,4	13,8	10,6	2,9
France métropolitaine	5 848 314	4 078 093	6,4	44,42	35,6	11,9	11	4,1	5,3

La population immigrée est constituée de l'ensemble des personnes nées à l'étranger et qui étaient à leur naissance de nationalité étrangère⁵. En 2014, ce sont 518 037 (471 222 en 2006) personnes immigrées dont 51% de femmes qui vivent dans la région, ce qui représente près de 10% de la population régionale, avec une évolution à la hausse par rapport à 2006. Les départements des Bouches-du-Rhône, de Vaucluse et des Alpes-Maritimes affichent des taux plus élevés que les autres départements de la région et supérieurs à la moyenne nationale.

Les personnes immigrées en Paca sont essentiellement originaires des pays du bassin méditerranéen (Algérie, Maroc et Tunisie d'une part, Italie et Espagne d'autre part). Selon les départements, l'origine des populations immigrées diffère.

La répartition par âge est différente de l'ensemble de la population régionale :

- les moins de 20 ans représentent 7% des immigrés (contre 20% pour l'ensemble de la population) ;
- la population immigrée en Paca est plus âgée que dans le reste de la France.

Les hommes immigrés occupent plus d'un emploi sur six dans l'agriculture et la construction. Les femmes immigrées travaillent surtout dans le secteur de la santé et de l'action sociale (aide à la personne, entretien des locaux).

La population immigrée est plus touchée par le chômage que l'ensemble de la population. A l'échelle nationale ainsi que dans tous les départements de la région Paca, le taux de chômage est supérieur à celui des personnes non immigrées. Au niveau régional, l'écart est de 5,6 points chez les hommes et 5,5 points chez les femmes.

Avec des revenus plus faibles et des conditions de logement souvent dégradées, les inégalités entre les personnes immigrées et le reste de la population sont importantes.

⁵ Données sur l'immigration en région Paca et par départements (recensement des populations INSEE, 2014)

Les personnes immigrées âgées

Dans la région, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est plus importante chez les personnes immigrées. Cela est particulièrement vrai pour les hommes : 31% des hommes immigrés sont âgés de plus de 60 ans contre 21% des hommes non immigrés. Cette tendance se constate aussi au niveau national, mais dans des moindres proportions.

La part des femmes âgées augmente considérablement dans notre pays et plus particulièrement en région Paca : les 77 101 femmes immigrées âgées de 60 ans et plus représentent 1,73% de la population régionale, soit 18% de la population immigrée.

Deux immigrés retraités sur trois sont originaires d'Europe.

Si le vieillissement de la population française est posé de manière générale comme un problème de société, celui des hommes et des femmes immigrées n'a été abordé que très récemment. En effet, ce public n'était pas considéré comme devant résider définitivement sur le territoire français mais « inscrit dans un mouvement pendulaire entre la France et le pays d'origine » (Rapport IGAS 2002). De ce fait, les politiques publiques ne l'ont pas intégré comme une donnée avec une déclinaison d'actions à mettre en œuvre.

Les personnes concernées (hommes et femmes) ont souvent connu des conditions de travail pénibles dans des métiers difficiles. De plus, elles n'ont connu pour la plupart que des situations de précarité : métiers peu qualifiés, carrières erratiques, secteurs d'activités caractérisés par une propension au travail non déclaré et subi.

Aujourd'hui, la société française est confrontée à la réalité de ce vieillissement spécifique qui nécessite une réflexion afin de proposer des axes d'amélioration.

La vieillesse et le passage à la retraite sont souvent un révélateur de difficultés d'accès aux droits.

Les carrières professionnelles marquées par la précarité, l'analphabétisme, et le manque de compréhension des dispositifs institutionnels et administratifs (retraite, santé, transports, prestations sociales) sont les principaux facteurs explicatifs de ces difficultés et des conditions de vie.

Ces populations sont caractérisées par une santé précaire, elles souffrent majoritairement de problèmes locomoteurs, de pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, de troubles psychiques, d'isolement, d'une alimentation mal équilibrée, de tabagisme et accusent un vieillissement prématuré lié à la dureté des conditions de travail et de pénibilité du travail exercé.

Le système de santé est peu adapté à ces populations, qui sont souvent dans une démarche de soins curatifs, morcelés et discontinus, tardifs et souvent dans l'urgence, faisant appel à des médecins spécialisés.

La question de la prise en charge est également un problème majeur : l'accès à une complémentaire santé est faible. La prise en charge financière de la famille restée au pays grève de manière importante leur niveau de vie.

Les immigrés âgés sont peu présents dans les établissements pour personnes âgées, et restent hébergés dans leur lieu de vie habituel : les résidences sociales, l'hôtel, le meublé. Cela pour des raisons économiques, de mode de vie et d'inadaptation de ces structures à la spécificité de ces populations.

Les difficultés spécifiques des femmes migrantes

Elles sont les mêmes que pour les autres femmes (mobilité, garde d'enfants...), mais sont souvent renforcées par leur isolement (pour les personnes nouvellement arrivées) et leur maîtrise insuffisante de la langue française. Elles sont aussi beaucoup plus à risque d'avoir expérimenté des événements de violences et de viols lors de leur parcours migratoire qui relève souvent d'un parcours particulièrement dangereux. Cela complique leur accès aux droits, aux mesures mises en place, à l'accompagnement spécifique, globalement à une insertion dans de bonnes conditions.

Neuf migrantes sur dix déclarent bénéficier de remboursement pour leurs soins, mais 20% de celles venues pour rejoindre un conjoint immigré ont déclaré ne pas pouvoir accéder à la sécurité sociale. Quinze mois après leur arrivée, 5% déclarent avoir dû renoncer à certains soins pour des raisons financières ou par manque de temps. Certaines sont alors contraintes de se tourner vers les services d'urgences. Une moins bonne maîtrise de la langue française va de pair avec une plus mauvaise perception de son état de santé, traduisant peut être par-là un sentiment d'isolement et de moindre emprise sur son environnement. De plus certaines femmes immigrées sont victimes de violences spécifiques comme les mariages forcés, les répudiations ou les mutilations sexuelles. Dans la réalité, ces persécutions propres aux femmes ne sont pas reconnues, elles sont considérées comme relevant de la sphère privée et ne permettent pas aux femmes qui fuient leur pays d'accéder au statut de réfugié, conformément à la convention de Genève.

De nombreux étrangers âgés, issus des premières vagues de l'immigration, demeurent également isolés, sans espoir de retour vers le pays d'origine. Leurs veuves se retrouvent sans attaches, dans des conditions matérielles difficiles.

Les personnes en situation irrégulière primo arrivantes

Les données sur l'état de santé et l'accès aux soins des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) sont rares et de qualité limitée. Il y a des difficultés spécifiques à collecter des données à caractère sanitaire ou scientifique. On ne dispose pas encore de véritable étude exhaustive épidémiologique concernant les bénéficiaires de l'AME. Seuls des indices indirects permettent une approche de l'état de santé des personnes relevant du régime de l'AME⁶.

Aux populations immigrées déjà installées de longue date sur le territoire, viennent s'ajouter les personnes réfugiées qui connaissent de par leur parcours migratoire des violences, des tortures et des états de stress post-traumatique, en plus des problèmes d'ordre somatique des populations immigrées qui viennent d'être décrites.

Depuis 2016, se produit une arrivée régulière de migrants dans la région : actuellement 40 par semaine dans les Bouches-du-Rhône. Les services de la cohésion sociale sont chargés de pourvoir à l'hébergement, les services de l'ARS doivent mobiliser les ressources nécessaires à l'évaluation sanitaire de ces publics accueillis en centres d'accueil et d'orientation (CAO) : mobilisation des PASS, coordination associative.

Deux protocoles ont été mis en place dans les départements du Var et des Bouches-du-Rhône pour réaliser l'évaluation et le suivi sanitaire. Dans les deux cas, ils reposent sur l'existence d'un réseau de médecins libéraux ou bénévoles mobilisables et l'implication de la PASS. En termes de résultats, ils apportent une plus-value aussi bien au niveau de la réactivité que de la qualité de la prise en charge.

Dans les Bouches-du-Rhône : un protocole a été élaboré par la Délégation départementale de l'ARS, la PASS Rimbaud de l'AP-HM qui coordonne le dispositif et l'Association Sara qui gère des CAO. Ce protocole permet une réponse rapide de tous les acteurs. A chaque arrivée de migrants, la DDARS prévient la DDARS qui prend contact avec le médecin coordonnateur de la PASS Rimbaud qui actionne tout un réseau de médecins rémunérés par l'association Sara pour réaliser les évaluations sanitaires. Des frais de laboratoire et de médicaments sont prévus dans le dispositif. Ce système reposant à la fois sur la ville et l'hôpital a l'avantage d'être souple et réactif, et permet également d'éviter la surcharge de la PASS, qui est déjà très sollicitée sur ses missions premières. Ce dispositif est prévu sur Marseille mais pourrait s'étendre à d'autres sites d'accueil de migrants comme à Istres qui dispose d'un CAO. Pour l'instant, les évaluations sur ce site sont faites par un médecin bénévole.

Dans le Var, une équipe de Promosoins (AS et IDE) se déplace dans le CAO pour faire l'évaluation, la PASS n'intervient qu'au second plan si besoin ou bien pour accéder à la pharmacie hospitalière. Un agent de la CPAM se déplace dans le CAO pour les démarches d'ouverture des droits AME ou AMU.

⁶ Rapport d'information au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale de l'état par MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue

Les évaluations sanitaires faites lors de ce premier accueil permettent de faire un point sur les besoins en santé de ces personnes en situation de migration. Elles révèlent un état de santé général médiocre.

La plupart des personnes accueillies présentent des états de santé plutôt dégradés avec des états psychologiques difficiles, des états bucco-dentaires assez mauvais nécessitant des soins, des infections et inflammations des voies aériennes supérieures et inférieures liées aux conditions de vie du bidonville (utilisation de réchaud, de feu de bois pour se réchauffer, poussières et boues) ainsi qu'aux conditions épidémiologiques (VRS, varicelles...).

4.3 LES PERSONNES SANS CHEZ-SOI

L'étude nationale de l'INSEE a montré une augmentation de 50% des personnes sans-abri qui fréquentent les services d'aides entre 2001 et 2011. Loin de ne concerner que la France, une augmentation du nombre de sans-abri est retrouvée dans presque tous les pays d'Europe (25 pays sur 27). Le seul pays où le sans-abrisme est en nette diminution est la Finlande qui mène une politique volontariste basée sur le logement d'abord. La FEANTSA (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri) identifie deux facteurs pour expliquer cette augmentation. Le premier est «l'impact économique et social de la crise financière, notamment en termes de destruction d'emploi». Le second concerne les «restrictions budgétaires dont sont victimes les politiques publiques de lutte contre le sans-abrisme».

A Marseille, ville qui concentre les facteurs de précarisation, ce problème est particulièrement prégnant : une évaluation du nombre de personnes sans-abri qui sont en contact avec les services d'aides montre que cette population s'élève à 12 648 individus pour l'année 2011 (Bazus et Sambuc 2012). A ce chiffre doit être rajouté 15% environ des personnes qui sont sans-abri et qui n'utilisent jamais les services d'aides. Au total sur Marseille, on peut estimer que plus de 14 000 personnes sont sans-abri.

Un nouveau recensement est en cours sur la ville de Marseille. Il n'existe pas de comptage connu dans d'autres communes de la région.

La morbidité déclarée

Dès 1995, une étude réalisée par l'INED auprès d'un échantillon représentatif de personnes faisant appel aux centres d'hébergement ou aux distributions gratuites de nourriture à Paris observait une prévalence déclarée 5 fois plus importante que la population générale pour des troubles locomoteurs, 1,5 fois pour des troubles psychiques, 1,3 fois pour les maladies respiratoires. Elle observait également un taux d'hospitalisation 2 à 4 fois plus élevé que celui de la population de référence. Dans l'enquête des sans domicile usagers des services d'aide de l'Insee en 2001, 16% de cette population s'estimaient en mauvaise santé (soit 5 fois plus que dans la population générale), 65% déclaraient 2 fois plus souvent souffrir d'une ou plusieurs maladies (soit 2 fois plus qu'en population générale) et, quelle que soit la maladie physique considérée (hypertension, maladies respiratoires, etc.), la prévalence était toujours plus importante chez les sans domicile que dans l'ensemble de la population.

En dehors de ces données déclaratives recueillies auprès d'échantillons représentatifs, l'immense majorité des données de morbidité provient, en France, d'enquêtes réalisées dans des dispositifs de soins. Si elles sont riches d'enseignements pour les soignants et les structures de soins et de témoignages qui alertent sur les situations des personnes sans chez-soi, elles sont toutes biaisées au sens épidémiologique du terme. Puisqu'elles sélectionnent par définition des consultants (donc des malades qui s'adressent aux structures d'enquête), elles surreprésentent les malades et sous-représentent les personnes à distance des dispositifs de soins. Malgré leurs limites, ces enquêtes apportent des éclairages intéressants.

La santé des personnes en situation précaire en Paca peut être appréhendée à partir de quelques études récentes⁷ portant sur les personnes fréquentant des dispositifs tels que les CHRS, CADA, Résidences sociales, Accueils de jour, Appartements de coordination thérapeutique, Maisons-relais. Elles permettent d'avoir un éclairage sur leurs problématiques de santé les plus fréquemment repérées par les professionnels de ces structures.

Les pathologies les plus souvent citées par les études nationales comme par les bases de données locales qui ont pu être rapprochées (Médecins du Monde, LHSS et Sleep'in) sont les suivantes :

- Les problèmes d'ordre psychologique et psychiatrique avec, sans doute, des prévalences encore sous-estimées aujourd'hui et recouvrant des réalités différentes ;
- Les pathologies respiratoires sont au deuxième rang ;
- Les dermatoses souvent surinfectées et qui reflètent les contraintes de vie dans la rue ;
- Les pathologies ostéo-articulaires montrent une lourde part de traumatismes (25% des pathologies recensées par les LHSS) ;
- Les maladies de l'appareil digestif sont de l'ordre de 13% dans les données nationales de Médecins du Monde ; on sait par ailleurs que l'état dentaire est particulièrement mauvais chez les personnes en situation de précarité de façon générale.

Sont également citées avec des fréquences variables selon les sources : les maladies métaboliques (parmi lesquelles le diabète), les pathologies cardiovasculaires, les troubles neurologiques.

Par ailleurs, des pathologies et comportements mal cernés et parfois contradictoires nécessiteraient un meilleur repérage, que permettrait une étude de cohorte : c'est le cas de la tuberculose, des problèmes gynécologiques, de la prévalence autour des addictions. Enfin, d'importantes zones d'ombre mériteraient d'être étudiées : VIH, hépatites, les carences nutritionnelles, les cancers, les violences subies, l'état des vaccinations...

La mortalité

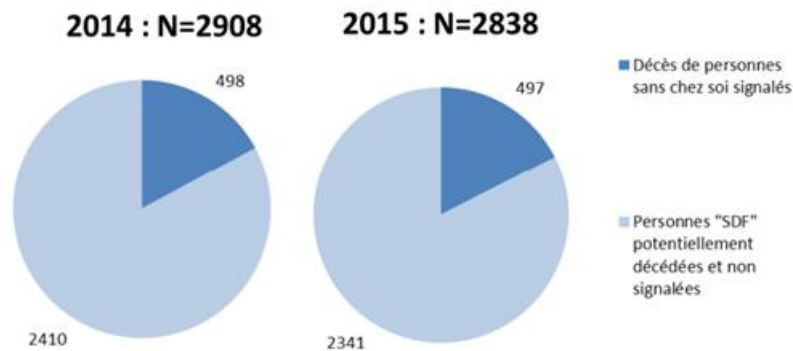
Depuis environ 30 ans, la mortalité des personnes sans domicile semble, dans toutes les enquêtes réalisées à l'étranger plus élevée et/ou plus précoce que celle de la population générale. Ainsi, la plupart des enquêtes réalisées aux Etats-Unis observent des âges moyens au décès compris entre 40 et 47 ans pour les personnes sans domicile et une mortalité environ 4 fois plus élevée que dans le reste de la population. En France, les données sont restées extrêmement parcellaires jusqu'en 2015. Comme le souligne l'anthropologue D. Terrolle « la personne à la rue reste indécélable dans les statistiques de mortalité ». Cet auteur rappelle que les sans domicile sont classés dans les statistiques de mortalité dans la vaste catégorie des « inactifs ». Le collectif « Les Morts de la Rue », créé en 2002 et regroupant une quarantaine d'associations, a recensé 112 morts de février à octobre 2005. Ces personnes avaient en moyenne 49 ans (le plus jeune avait 31 ans et la moitié avait moins de 50 ans). Parmi elles, il recensait 21 morts violentes (8 assassinats, 7 morts dans des incendies et 6 chutes mortelles). A Marseille, en 2009, l'analyse de 44 décès de personnes sans chez-soi observe une moyenne d'âge au décès de 56 ans pour les hommes et 41 ans pour les femmes.

En 2015, l'INSERM en collaboration avec le CépiDC propose la première évaluation scientifique du nombre de personnes sans-abri décédées en France, mettant en évidence que le nombre de cas signalés n'est que la partie visible de l'iceberg.

Le collectif « Les Morts de la Rue », qui a largement participé à cette étude produit dès 2014 un rapport qui documente cet effet iceberg avançant que seulement 1/6 des personnes SDF décédées sont identifiées⁸.

⁷ DUVERGER M. Étude régionale sur les besoins de santé des usagers et les réponses apportées par les associations relevant du champ des schémas départementaux de l'Accueil - Hébergement - Insertion. URIOPSS PACA - DRASS PACA 2007. 130 p.

⁸ http://mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_Denombre_Decrire_decès_2014.pdf



Accès aux soins des personnes sans-abri

Une enquête dans une unité d'hébergement d'urgence pour femmes (Saint Louis, Marseille) a été menée dans le cadre d'une thèse de médecine générale (Gruber, 2014). Elle montre un score moyen de comorbidité de 7,7 montant à 10 si on isolait les femmes ayant déjà vécu dans la rue de celles qui ne fréquentaient que les structures d'urgence. Seulement 18% des pathologies retrouvées par le médecin étaient traitées. Ce score moyen de comorbidité est comparable à ceux d'une population de patients gériatriques hospitalisés, alors que les femmes avaient en moyenne 40 ans et n'étaient pas hospitalisées.

Ce travail montre que l'offre de soins ne répondait pas aux besoins de ces personnes, compte tenu de leurs problèmes complexes et associés. 37% déclaraient avoir eu besoin de voir un médecin sans en avoir l'opportunité. Pourtant 46,5% avaient vu un médecin récemment (les 6 derniers mois) et 25% s'étaient rendues aux urgences. 42% n'avaient pas de couverture sociale à jour (CMU, AME ou autre).

La conclusion de cette thèse portait sur le temps et la souplesse indispensable à consacrer à ces prises en charge en vue d'infléchir le cours d'un véritable «désinvestissement» de son corps et de sa propre santé. Les graves atteintes à l'image de soi nécessitent du temps, un respect et une vraie estime de la part des professionnels pour aider les personnes à se recentrer sur leur corps. Or le recours aux professionnels ne se fait pas dans des endroits qui permettent de prendre ce temps : en particulier les urgences.

L'analyse des données d'inclusion du programme « Un chez-soi d'abord » montre dans une population de personnes vivant avec une schizophrénie ou une bipolarité (15% des personnes de la rue) à quel point il est difficile d'avoir une bonne hygiène de vie quand on est « sans chez-soi » : 37% dormaient moins de 5 heures par nuit. 21,4% ne faisaient jamais de vrais repas, et 40% un seul repas par jour. 10% faisaient moins de un repas chaud par semaine. 7,7% se douchaient moins de 1 fois par semaine.

L'état dentaire des personnes incluses était particulièrement dégradé : 17% avaient perdu toutes leurs dents et 44% une grande partie de leurs dents. 71,1% avaient des dents à soigner ou à remplacer.

De par son mode de vie, cette population était particulièrement sujette aux traumatismes: 12% des personnes incluses avaient eu des entorses dans les 6 mois précédent l'inclusion, 8% des fractures, et 22% des plaies ouvertes.

12% avaient eu la gale ou des morpions récemment.

La souffrance de ces sujets était très importante, comme en témoigne le taux de tentatives de suicides : 12,7% dans cette courte période des 6 mois précédent l'entretien (dont 50% plus d'une tentative). Parmi ces personnes étant passées à l'acte, 59% n'avaient pu en parler à personne.

L'étude TREPSAM (Magnani et Fano 2013) a de son côté analysé les trajectoires de soins de 129 personnes sans-abri à Marseille, et d'importants obstacles ont été relevés, en particulier la gravité perçue des événements de santé par les personnes sans-abri, qui ont une appréciation «fonctionnelle» et immédiate de la gravité : exemple des ampoules considérées comme «graves»

alors que une balle dans le bras est considérée comme «pas grave», car ce n'est «que» le bras. Le recours aux urgences restait le moyen d'accès aux soins le plus facile pour une population qui souffre de comorbidités nombreuses pour la plupart chroniques, et donc pour lequel le SAU (Service d'accueil et de traitement des urgences) est inadapté. Cependant ce lieu est accessible sans rendez-vous, 24h/24 7jours/7, et l'accueil y est inconditionnel. Ce qui va motiver le recours au soin n'est souvent pas ce qu'un médecin retiendrait.

Selon une publication récente du Lancet (Hwang et Burns 2014) certaines interventions qui sont les plus efficaces sur la santé des personnes sans-abri sont connues. Concernant les soins primaires (premier recours) les programmes spécifiquement adaptés aux sans-abri semblent plus efficaces que les soins de santé primaires standard (classiques).

Concernant la santé mentale «la gestion de cas» le traitement communautaire assertif (ACT) et l'intervention en temps critique sont des modèles efficaces de soins de santé mentale. Il est noté que ces trois modèles sont peu connus en France. Seul le modèle ACT a été repris dans le programme «un chez soi d'abord». Le modèle de gestion de cas renvoie à ce que nous appelons en France le travail avec un référent social qui assure la coordination des soins. Le modèle d'intervention en temps critique est un modèle qui assure un suivi intensif lors du passage d'un dispositif à un autre (ex : sortie de l'hôpital, rentrée dans le logement, etc.).

Concernant les personnes vivant avec un trouble psychiatrique sévère et/ou des problèmes d'addictions, le programme «Housing First», qui propose un accès immédiat à un logement ordinaire/indépendant avec un accompagnement est le plus efficient (Gilmer et al. 2010).

Bien que la littérature scientifique oriente les interventions visant à améliorer la santé des sans-abri, les prestataires de soins de santé devraient également chercher à aborder les politiques sociales et les facteurs structurels qui aboutissent à l'absence de chez-soi.

4.4 LES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION

La région Paca est caractérisée par la présence sur son territoire, non pas d'une forme de prostitution, mais de différentes formes de prostitution, avec différents moyens d'exercice de cette activité. La démographie, la géographie et les modalités d'exercice de la prostitution ont profondément évolué. Cette évolution s'explique en partie par l'arrivée progressive de personnes migrantes de différentes origines, le développement de la prostitution masculine et transgenre, l'usage des nouvelles technologies comme vecteur de rencontre. Il y a la prostitution de rue qui en est la forme la plus visible, et la prostitution qualifiée de plus «discrète» par le rapport de la mission parlementaire la prostitution «Indoor».

Quatre départements concentrent la majeure partie de l'activité prostitutionnelle, les Alpes Maritimes et les Bouches du Rhône, avec deux grands pôles urbains que sont principalement Marseille et Nice (mais aussi à Cannes), le Var avec les villes de Toulon et Fréjus et Avignon dans le Vaucluse.

Cependant, les associations s'occupant principalement des personnes en situation de prostitution ont rencontré en 2017 :

- à Nice entre 600 et 700 personnes dont 1/3 de nouvelles personnes chaque année.
- à Marseille et alentours, plus de 600 personnes, dont près de 150 personnes nouvelles.

63% de personnes sont d'origine étrangère.

Il s'agit là essentiellement des personnes travaillant dans la rue.

En fonction des personnes, de leur origine, de leur parcours migratoire ou simplement de vie, elles ont toutes en commun le fait prostitutionnel, mais aussi des particularités et des problématiques qui leurs sont propres.

Le Conseil national du Sida, dans son avis du 16 septembre 2010, sur «VIH et commerce du sexe, garantir l'accès universel à la prévention et aux soins», souligne la vulnérabilité des personnes prostituées.

La dégradation des conditions d'exercice de la prostitution renforce la vulnérabilité sanitaire et sociale des personnes prostituées, l'affaiblissement des liens de solidarité, ont contribué à accroître l'isolement des personnes et à favoriser leur exposition à diverses formes de vulnérabilité et de violence (relâchement des pratiques de prévention, demande accrue de rapports non protégés, violences subies de la part des clients, difficultés à faire valoir leurs droits au séjour et aux prestations sociales, accès limité à l'information et aux soins).

Leurs conditions de vie sont souvent très précaires, notamment en terme de logement. Un environnement social dégradé et hostile, implique une mauvaise estime de soi, qui incite les personnes à ne pas prendre soin d'elles.



4.5 LES POPULATIONS SOUS MAIN DE JUSTICE

Le terme « personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) » désigne les personnes faisant l'objet d'une mesure restrictive ou privative de liberté par décision de justice en milieu ouvert ou fermé (établissement pénitentiaire) : les personnes incarcérées, les personnes en semi-liberté, les bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire.

Les personnes en milieu ouvert bénéficient des prises en charge de droit commun. C'est donc aux personnes détenues qu'une attention particulière est portée.

Une population présentant des facteurs de risque particuliers

Les personnes placées sous-main de justice connaissent un cumul des facteurs de risques (marginalité ou précarité et faible accès aux soins, mais aussi pathologies préexistantes) induisant des problèmes sanitaires particuliers, notamment troubles psychologiques et psychiatriques et problèmes d'addictions, pathologies bucco-dentaires, pathologies infectieuses. L'éloignement fréquent des personnes détenues du système de santé de droit commun avant leur incarcération, lié aux situations de marginalité, de précarité, fait que l'adoption des comportements favorables à une bonne santé est plutôt rare chez ces personnes.

Une importante région pénitentiaire dont le nombre d'établissements est appelé à se développer

La région Paca est une importante région pénitentiaire. Elle est de ce fait concernée au premier chef par les problématiques, liant situation sanitaire et incarcération.

Au 1^{er} décembre 2017, la région Paca comptait 7 236 personnes détenues pour 5 748 places opérationnelles au sein de 13 établissements pénitentiaires dont une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) et une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) qui sont les unités de recours pour l'inter région pénitentiaire Paca-Corse et adossées à l'AP-HM.

Tous les départements de Paca ont au moins un établissement pénitentiaire avec un nombre d'établissements important sur les Bouches-du-Rhône (7).

Parmi ces établissements ou quartiers d'établissements, les maisons d'arrêt connaissent une forte surpopulation carcérale avec une densité carcérale de 142,5% et ceux dont la densité carcérale est supérieure à 120% sont : Luynes, Grasse, les Baumettes mais surtout Le Pontet (170%) Nice (177%) et La Farlède (178%).

Les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire ont donc à prendre soins d'un nombre important de détenus du fait de la surpopulation carcérale mais également du fait de l'importance des mouvements en détention (entrants, sortants, transferts) dans certains établissements comme le montre le tableau ci-dessous.

Etablissements	Places opérationnelles	Nombre de personnes présentes au 01/01/2016	Taux d'occupation en %	TOTAL		"File active « 2016		
				Entrées sur l'année 2016	Sorties sur l'année 2016	Estimation durée moyenne sous écrou (en mois)	entrants + présents = FA / année	part entrants/présents en %
MA DIGNE	35	40	114,30	109	112	4,40	149	272,50
MA GAP	37	40	108,10	141	133	3,40	181	352,50
MA GRASSE	574	845	147,21	1425	1487	7,12	2270	168,64
MA NICE	363	634	174,65	1581	1574	4,81	2215	249,37
CD SALON	650	614	94,46	512	510	14,39	1126	83,39
CD TARASCON	650	611	94,00	462	437	15,87	1073	75,61
MC ARLES	157	125	79,62	60	55	25,00	185	48,00
EPM MARSEILLE	59	47	79,66	237	233	2,38	284	504,26
CP AIX LUYNES	694	947	136,45	2166	2179	5,25	3113	228,72
CP AVIGNON	625	880	140,80	1284	1340	8,22	2164	145,91
CP MARSEILLE	1220	1768	144,92	3960	4086	5,36	5728	223,98
CP TOULON	626	915	146,16	2109	2033	5,21	3024	230,49
Total	5 690	7 466	131,21	14 046	14 179	6,38	21 512	188,13

De multiples projets d'investissement sont en cours dans la région pour 2018 : reconstruction du centre pénitentiaire de Draguignan (504 places ; ouverture prévue le 8 janvier 2018) ; construction du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes II (735 places ; ouverture prévue 2^{ème} trimestre 2018) et ouverture d'un Quartier de Préparation à la Sortie (QPS) de 150 places au sein des Baumettes.

Ces projets vont se compléter à moyen terme : ouverture de la maison d'arrêt des Baumettes III à l'horizon 2020 (720 places), d'un centre de préparation à la sortie au centre de la ville de Marseille (120 à 200 places) et extension de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Grasse à l'horizon 2019.

A long terme, la construction de nouveaux sites ou l'extension de sites préexistants est annoncée à l'horizon 2023/2023 dans le cadre du Plan Encellulement Individuel (PEI) : Fréjus (650 places) ; Avignon (100 places) ; La Farlède (200 places) et Nice (650 places). Ces établissements seront tous des maisons d'arrêt.

Une population spécifique : les mineurs

La région Paca compte quatre structures susceptibles d'accueillir des jeunes hommes détenus mineurs : il s'agit de l'établissement pour mineurs de Marseille (59 places), du quartier mineur de la maison d'arrêt de Grasse (31 places), du quartier mineurs du centre pénitentiaire d'Avignon-Le-Pontet (20 places) et du quartier mineurs de la maison d'arrêt de Luynes (26 places), soit une capacité totale de 136 places pour la région Paca.

Il existe deux structures susceptibles d'accueillir les jeunes filles détenues mineures : il s'agit du quartier «mineures» du centre pénitentiaire des Baumettes II (10 places) et le quartier «mineures» de la maison d'arrêt de Nice (5 places), soit une capacité totale pour la région Paca de 15 places pour jeunes filles détenues mineures. Cette population fait l'objet d'une attention particulière car elle se situe à l'âge où la mise en œuvre de mesures de prévention (vaccination par exemple) et de dépistage et l'adoption de comportements de réduction de risque peut être particulièrement favorables pour l'évolution de l'état de santé au cours du reste de la vie.

Une prise en charge qui nécessite une bonne coordination avec des acteurs non sanitaires

Parmi les spécificités de la prise en charge de la santé des détenus, l'accent doit être mis sur la nécessaire coordination avec les administrations qui dépendent du ministère en charge de la Justice : la direction interrégionale de l'administration pénitentiaire d'une part et la protection judiciaire de la jeunesse d'autre part.

4.6 LES TRAVAILLEURS SAISONNIERS

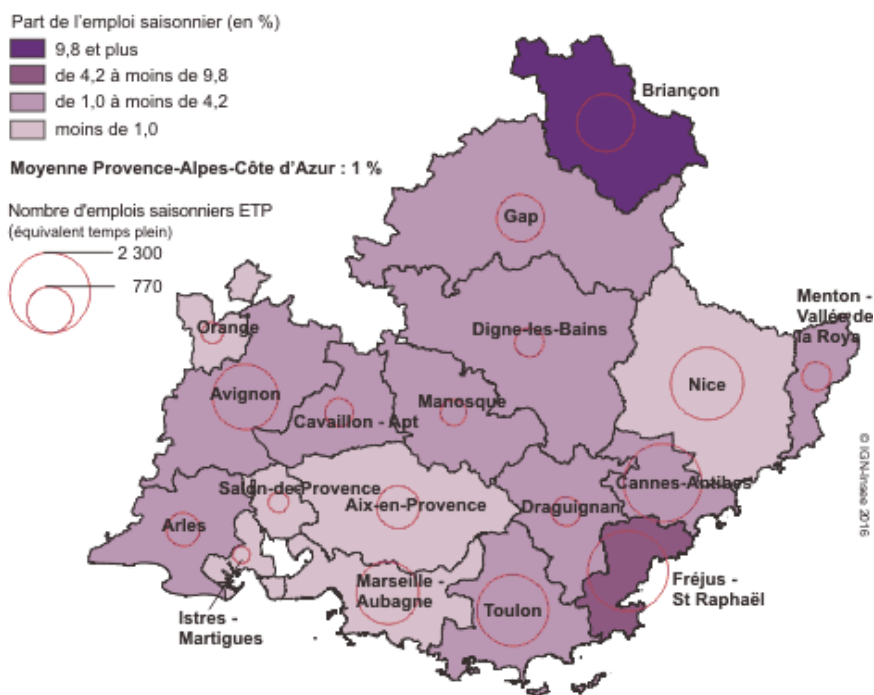
Un emploi saisonnier peut prendre des formes très diverses : contrat à durée déterminée classique ou d'usage, spécifique ou non aux secteurs des hôtels, cafés et restaurants, contrat vendanges, contrat de travail intermittent ou encore mission d'intérim.

Le poids du tourisme en Paca oblige, l'hébergement et la restauration concentrent plus d'un emploi salarié saisonnier sur deux et le pic saisonnier est surtout estival. Ces contrats, par nature courts (39 jours en moyenne), représentent au final 15 900 emplois équivalent temps plein, soit 1 % du volume d'emploi salarié régional. Les postes exercés par les saisonniers sont le plus souvent peu qualifiés.

Parmi les 146 000 saisonniers salariés de Provence-Alpes-Côte d'Azur⁹, quatre profils se détachent : le très majoritaire titulaire d'un job d'été lié au tourisme ou à l'agriculture, le grand saisonnier du tourisme, l'occasionnel et le saisonnier du monde de la culture et du divertissement.

Un saisonnier sur deux n'a aucune autre activité salariée durant l'année. Un emploi saisonnier est avant tout une activité rémunérée ponctuelle dotée d'un volume d'emploi le plus souvent trop faible pour être considérée comme un emploi à part entière, et ce même en cumulant les postes saisonniers.

Nombre d'emplois saisonniers ETP et part dans l'emploi salarié par zone d'emploi de Paca



⁹ INSEE Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur N° 30 Paru le : 28/04/2016

De nombreux saisonniers présentent des vulnérabilités pour leur santé : un emploi précaire (voire non déclaré), une rémunération proche du minimum (alors que la vie est chère durant la haute saison touristique), un rythme intensif (beaucoup d'heures de travail, peu d'heures de sommeil), un logement peu confortable (exigu, partagé, difficultés pour cuisiner) voire précaire (camionnette) du fait de la pénurie de logements accessibles, des problèmes de transport quand le logement est éloigné, des repas irréguliers, l'isolement social (voire la stigmatisation), des consommations fréquentes de produits psychoactifs (légaux et/ou illicites) et des prises de risque sexuel (facilitées par le contexte festif), une mauvaise couverture du risque maladie et un mauvais suivi médical (y compris en médecine du travail). Ces difficultés se renforcent les unes les autres.

Les problèmes de santé les plus déclarés sont la fatigue et/ou le surmenage, les troubles de l'humeur (anxiété, dépression), les infections et les problèmes rhumatologiques.

4.7 LES PERSONNES SANS DROITS

Les personnes sous tutelle/curatelle

Ce sont aujourd'hui 700 000 personnes en France, représentant un patrimoine très significatif quoique difficilement mesurable, qui sont placées sous la protection de la collectivité publique. De graves dysfonctionnements ont été identifiés tout au long de la chaîne d'acteurs qui sont censés protéger les personnes majeures vulnérables. Un récent rapport de la Cour des comptes (2016)¹⁰ : «*estime en effet que les droits fondamentaux des majeurs protégés sont insuffisamment reconnus, qu'il s'agisse du droit de vote, du droit au mariage ou à divorcer, du droit de choisir son lieu de vie ou du droit à l'autonomie et au respect de sa dignité*».

L'augmentation des mesures est un autre élément inquiétant du rapport et cela malgré la réforme de 2007 : «*Le nombre des curatelles et des tutelles a crû plus vite qu'avant la réforme et l'accompagnement social n'a pas trouvé sa place dans le dispositif d'ensemble. Il en résulte un décalage entre ce que la loi prévoit, à savoir une gradation des mesures applicables aux majeurs vulnérables en fonction du degré d'altération de leurs facultés, et la réalité du dispositif : 93% des majeurs vulnérables font l'objet des mesures les plus restrictives de libertés (curatelle renforcée et tutelle)*».

La conclusion du rapport de la Cour des comptes est inquiétante : «*les majeurs vulnérables qui sont de plus en plus nombreux méritent de faire l'objet d'une véritable politique publique, aujourd'hui introuvable*».

Environ 40% des personnes sous mesure de protection vivent en institutions.

Les personnes en institutions

De nombreuses personnes qui vivent tout ou une partie de leur vie en institutions ne le font pas par choix, mais sous une contrainte plus ou moins visible et explicite (Hôpitaux et cliniques psychiatriques, EHPAD, autres). Dans ces institutions les règles du «vivre ensemble» restreignent la liberté de circuler mais aussi sur les choix basiques comme celui d'avoir des relations amoureuses et sexuelles. Les institutions où les droits des personnes sont les moins respectés et les plus maltraitantes sont souvent celles où les moyens humains sont les plus faibles, les pratiques évaluatives absentes et la dynamique institutionnelle refermée sur elle-même.

¹⁰ La protection juridique des majeurs, Cour des comptes, septembre 2016 - www.ccomptes.fr - rapport disponible sur le site suivant : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20161004-rapport-protection-juridique-majeurs.pdf>

Les personnes en situation d'esclavage moderne

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme dans son rapport sur l'évaluation du plan de lutte contre la traite des êtres humains (2017) déplore que toutes les formes de traite ne retiennent pas la même attention des pouvoirs publics. Au-delà de la traite à des fins d'exploitation sexuelle, les victimes de traite à des fins économiques ou d'esclavage domestique, de mendicité ou de délinquance forcée sont rarement identifiées comme telles par les instances désignées compétentes. En 2015, presque 900 personnes ont été condamnées en France. Il reste très difficile de savoir à ce jour combien de personnes sont concernées par l'esclavage et la traite. L'arrivée de primo-arrivants, entre autres mineurs laisse craindre une possible augmentation du phénomène.

A ce jour, l'évaluation du plan est formelle : il n'y a pas de politique publique de lutte contre la traite des êtres humains, coordonnée et efficace en France. Aucune donnée concernant les effets sur la santé de la traite des êtres humains, ni en Paca ni en France.



5- LES DISPOSITIFS FAVORISANT L'ACCÈS AUX SOINS

5.1 LA COUVERTURE MALADIE

La CMU, la PUMA et la CMU-C

Entrée en vigueur le 1er janvier 2000, la Couverture Maladie Universelle instaure le principe d'une protection qui garantit à tous un accès aux soins par un régime obligatoire d'Assurance maladie. Ce dispositif se compose de deux volets :

- la CMU de base permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'Assurance maladie, de bénéficier du financement de ses dépenses de santé. La CMU de base est remplacée depuis le 1^{er} janvier 2016 par la PUMA (Protection universelle maladie). La CMU-C subsiste ;
- la CMU Complémentaire (CMU-C) permet de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire assurée par les caisses d'Assurance maladie ou par des organismes complémentaires selon le choix de l'assuré sous conditions de résidence régulière en France et de ressources.

Prenant la forme d'une protection complémentaire gratuite, elle permet à l'assuré un financement de ses soins à 100% sans avance de frais, y compris pour le forfait journalier hospitalier. Les bénéficiaires sont également exonérés du forfait de 1€ et des franchises.

Les bénéficiaires de la CMU-C

La région Paca fait partie des 5 régions avec l'Île-de-France, les Hauts-de-France, Rhône-Alpes-Auvergne et Occitanie qui concentrent 46,9 % des effectifs CMU-C.

Au 31 décembre 2010, en région Paca¹¹, le nombre de personnes bénéficiaires de la CMU-C était de 359 549, soit 7,2% de la population, ce nombre passe à 443 836 en 2016, soit 8,8% de la population. La répartition départementale est la suivante.

Départements	Nombre de bénéficiaires au 31/12/2010	Pourcentage de la population	Nombre de bénéficiaires au 31/12/2016 ¹²	Pourcentage de la population
Alpes-de-Haute-Provence	7 744	4,8%	10 443	6,3%
Hautes-Alpes	4 179	3,0%	6 015	4,1%
Alpes-Maritimes	48 801	4,4%	67 963	6,2%
Bouches-du-Rhône	195 269	9,8%	225 834	11,1%
Var	61 233	6,0%	79 529	7,5%
Vaucluse	42 323	7,7%	54 052	9,5%
Total Paca	359 549	7,2%	443 836	8,8%

On note que le nombre de bénéficiaires de la CMU-C en 2016 est en nette augmentation par rapport à 2010.

¹¹ Fonds CMU-C Source : CNAMTS, MSA, RSI. En 2015, 437 973 personnes étaient bénéficiaires de la CMU-C en région PACA (CNAMTS- RSI – MSA Source Fonds CMU) soit un taux régional de 8,7%, supérieur au taux métropolitain (7,1%).
¹² Source Fonds CMU-C, sur la base du recensement de la population 2014

Le département des Bouches-du-Rhône concentre à lui seul plus de la moitié des effectifs avec 225 834 bénéficiaires sur un total de 443 836 en Paca, pour mémoire ce chiffre était de 195 269 en 2011, soit une augmentation de 12% en 6 ans. Ceci n'est que la partie visible de la précarité, une part importante des personnes les plus précaires n'accédant pas à leurs droits et n'étant pas comptabilisée dans ces effectifs. Pour exemple, 40% des personnes sans-abri de l'étude Samantha ne bénéficiaient d'aucune prestation sociale, alors qu'elles y ont droit.

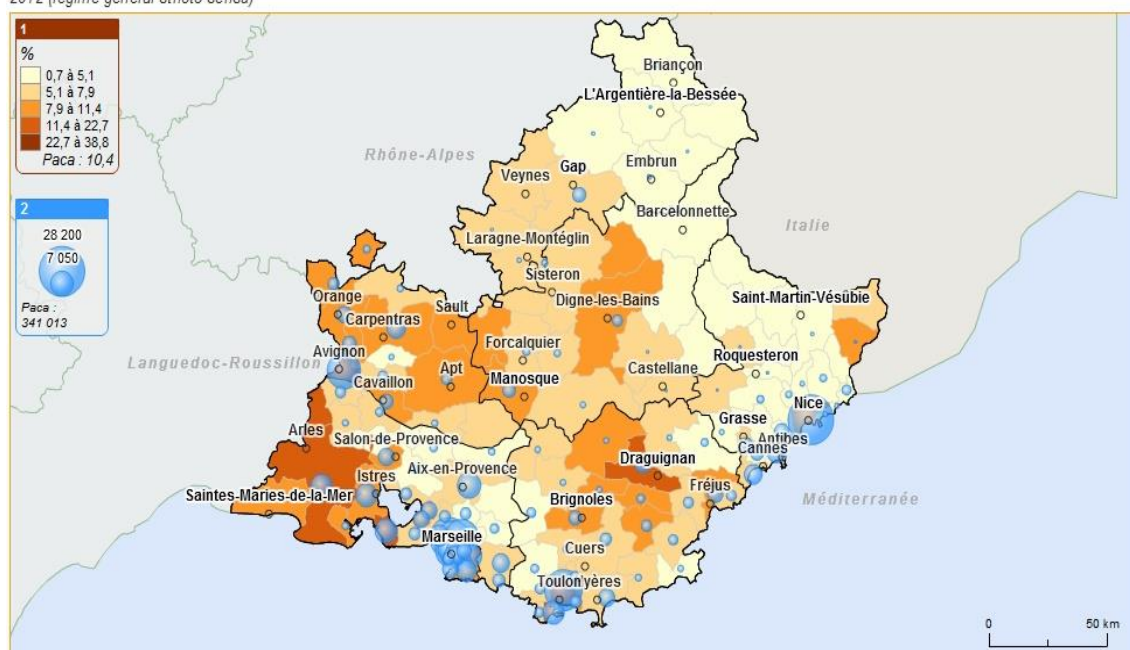
Dans la région, les départements des Bouches-du-Rhône (11,1%) et de Vaucluse (9,5%) se situent au-dessus du taux régional. Le département des Hautes-Alpes avec 4,1% de bénéficiaires de la CMU-C se situent parmi les cinq départements métropolitains ayant les plus faibles taux.

A l'intérieur de la région, pour la même année, la part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMU-C (régime général – Source Sirsé Paca) est particulièrement élevée dans les arrondissements nord et centre de Marseille. 50,2% des bénéficiaires de la CMU-C résident dans 20 Espaces Santé de Proximité : Marseille (sauf, 7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} et 12^{ème} arrondissement), Avignon, Toulon, Martigues, Tarascon, La Seyne-sur-Mer, Arles et Draguignan, soit une concentration dans l'ouest de la région.

Ailleurs dans la région, la ville de Nice est la seule ville des Alpes-Maritimes à avoir un taux supérieur à 10%.

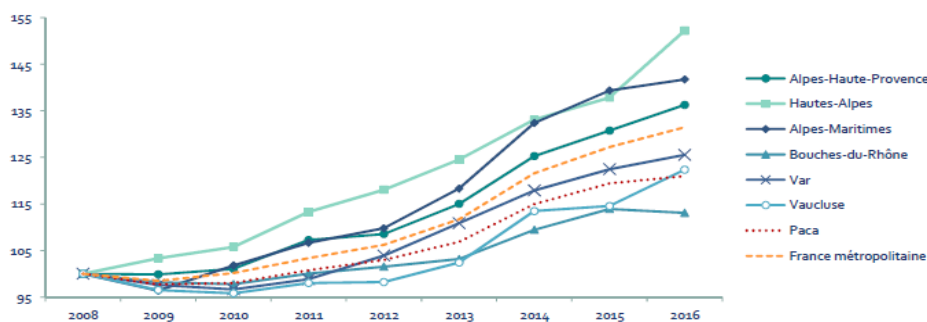
1 - Part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC (rég. gén.), 2015 - source : ARS Paca jusqu'à 2011, DRSM Paca-Corse à partir de 2012 (régime général stricto sensu)

2 - Nombre d'assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC (rég. gén.), 2015 - source : ARS Paca jusqu'à 2011, DRSM Paca-Corse à partir de 2012 (régime général stricto sensu)



© ORS PACA - IGN GéoFla - Espace de santé de proximité

Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C
Base 100 : 2008



Source : Fonds CMU-C - Traitement Dros

L'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Mise en place en 2004 pour apporter une réponse aux effets de seuil liés à la CMU-C, l'Aide à la Complémentaire Santé est attribuée aux foyers dont le niveau de ressources est compris entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 30% au 1^{er} janvier 2012. Elle consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'Assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Le montant de l'aide complémentaire santé est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année.

La demande d'aide complémentaire santé est à faire auprès de la caisse d'Assurance maladie. En cas d'accord, celle-ci remet une attestation de droit à l'aide complémentaire santé. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, la personne, bénéficie de la réduction sur le contrat santé individuel qu'elle a choisi de souscrire. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

L'ACS est un dispositif insuffisamment connu, de la population pouvant y prétendre. Les personnes n'en font pas la demande et n'ont souvent pas de complémentaire santé.

Le fonds CMU-C estime à seulement une personne sur quatre la proportion de personnes ayant fait valoir ses droits à l'ACS. Ce dispositif n'atteint donc pas sa cible : le défaut d'information sur l'existence, le fonctionnement du dispositif et les démarches à entreprendre d'une part, l'insuffisance du montant de l'aide d'autre part, en sont les principales raisons. Une expérimentation sociale menée à la CPAM de Lille auprès de personnes potentiellement éligibles a démontré toute l'importance d'une information, et d'un accompagnement personnalisé complet sur le dispositif.

L'Aide médicale d'état et les soins urgents

L'Aide Médicale d'Etat de droit commun permet à tout étranger résidant en France, en situation irrégulière de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas le seuil d'admission à la CMU-C de bénéficier pour lui-même et pour ses ayants-droits d'une prise en compte intégrale avec dispense d'avance de frais de la quasi-totalité des frais de soins financés par les assurances maladie et maternité dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale, ainsi que du forfait journalier hospitalier. Par ailleurs, la loi de finances pour 2004 a créé le dispositif des soins urgents ouverts aux personnes majeures qui ne peuvent pas bénéficier de l'AME (condition de résidence ou de ressources non remplie).

Ce dispositif assure le financement des soins limités aux soins urgents réalisés en établissement hospitalier et dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de la santé de la personne ou de l'enfant à naître.

Conformément à la circulaire DHOS du 16 mars 2005, sont également considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple). Sont pris en compte dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.

Nombre de bénéficiaires AME de la région au 31 décembre 2016, le chiffre entre parenthèses représente le nombre de bénéficiaires en 2011.

	Alpes de Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouche-du-Rhône	Var	Vaucluse	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Nombre d'assurés affiliés à l'AME	205 (51)	98 (22)	4859 (2368)	9908 (5052)	1413 (615)	1754 (650)	18237 (8758)
Nombre d'ayants droit	102 (15)	33 (9)	1520 (748)	3569 (1330)	358 (112)	458 (122)	6040 (2341)
Dont ayants droit mineurs	100 (10)	32 (6)	1165 (505)	2842 (983)	348 (81)	377 (99)	4864 (1684)
Total	307 (66)	131 (31)	6379 (3116)	13477 (6382)	1771 (727)	2212 (777)	24277 (11099)

A titre de comparaison par rapport aux données 2011 du PRAPS IV, on constate un doublement du nombre de bénéficiaires : 24 277 personnes bénéficiaires en 2016 contre 11 099 au 30 juin 2011 dont plus de la moitié dans le département des Bouches-du-Rhône, soit une augmentation de 120% en 6 ans.

5.2 L'ACCÈS AUX SOINS ORDINAIRES/UNIVERSELS

Les publics précaires n'ont pas recours au système de soins selon les mêmes modalités que l'ensemble de la population. Le recours au système de soins est plus tardif. Par ailleurs, les publics les plus précarisés s'adressent souvent préférentiellement aux urgences. Éviter d'avoir à faire l'avance des frais est essentiel.

De même, il est nécessaire d'encourager la mise en place de dispositifs visant à leur garantir un meilleur accès aux soins et un meilleur accompagnement dans le champ somatique et pour les soins psychiatriques.

Les soins de premier recours

Les soins de premier recours s'articulent autour de trois fonctions :

- l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
- le suivi du patient et la coordination de son parcours ;
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

Au sein de ce premier recours, on distingue l'organisation des soins ambulatoires de l'organisation des soins hospitaliers (essentiellement les activités de soins de médecine d'urgence). L'organisation territoriale de l'offre de soins joue sur l'accès aux soins (étude *Questions d'économie de la santé* n°169 Octobre 2011). Elle apparaît problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés. La conjonction des problèmes d'offre et des facteurs de vulnérabilité renforce les difficultés d'accès et contribue aux renoncements aux soins. La restriction de l'offre est particulièrement sensible pour les bénéficiaires de la CMU-C: les déplacements constituant un frein supplémentaire.

Accès aux soins ambulatoires

L'ARS a lancé un appel à projet en 2014 au profit des centres de santé pour conforter la coordination en santé sur les territoires prioritaires de la région et leur apporter une aide à l'investissement¹³.

L'objectif était de les aider à moderniser leur plateau technique.

En 2014-2015, plusieurs structures se sont installées dans les quartiers «politique de la ville» : une MSP à Saint Louis, une maison de santé en Avignon, quartier Rocade Sud, un pôle de santé à Nice Quartier les Moulins. D'autres sont toujours en projet tel que le projet de MSP à Aix-en-Provence au sein du quartier Beisson.

Enfin, grâce au dispositif de praticien territorial de médecine générale (PTMG), 11 médecins se sont installés dans des zones où l'offre médicale est insuffisante et où l'accès aux soins de premiers recours est difficile (période 2013-début 2016).

Des nouveaux projets ont été présentés en 2015 à l'ARS.

- Un projet de centre de santé polyvalent porté par l'Union des mutuelles de France 06. Il sera implanté à Carros dans un quartier politique de la ville.
- Deux projets de maison de santé pluri professionnelle à Digne et à Martigues dans des quartiers politique de la ville ou à proximité.

Concernant plus particulièrement la Ville de Marseille confrontée à des inégalités territoriales majeures, notamment dans les quartiers nord sous-dotés tant au niveau des praticiens libéraux que des structures publiques, le pacte de sécurité et de solidarité pour Marseille a permis de soutenir plus fortement plusieurs projets dans les quartiers les plus défavorisés : un Centre de Santé polyvalent porté par le CH d'Edouard Toulouse, un CDS polyvalent dans les quartiers Kallisté/Solidarité à Marseille, une structure d'exercice coordonné porté par l'AP-HM, une MSP située dans le quartier Saint Louis.

Orientations

La DGOS a sollicité en janvier 2016 les ARS afin de recenser les projets de création ou de rénovation des centres de santé et de MSP dans les quartiers de la politique de la ville qui pourraient bénéficier d'un soutien financier. La sélection des projets est faite par la DGOS, le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET) et la Caisse des dépôts (CDC).

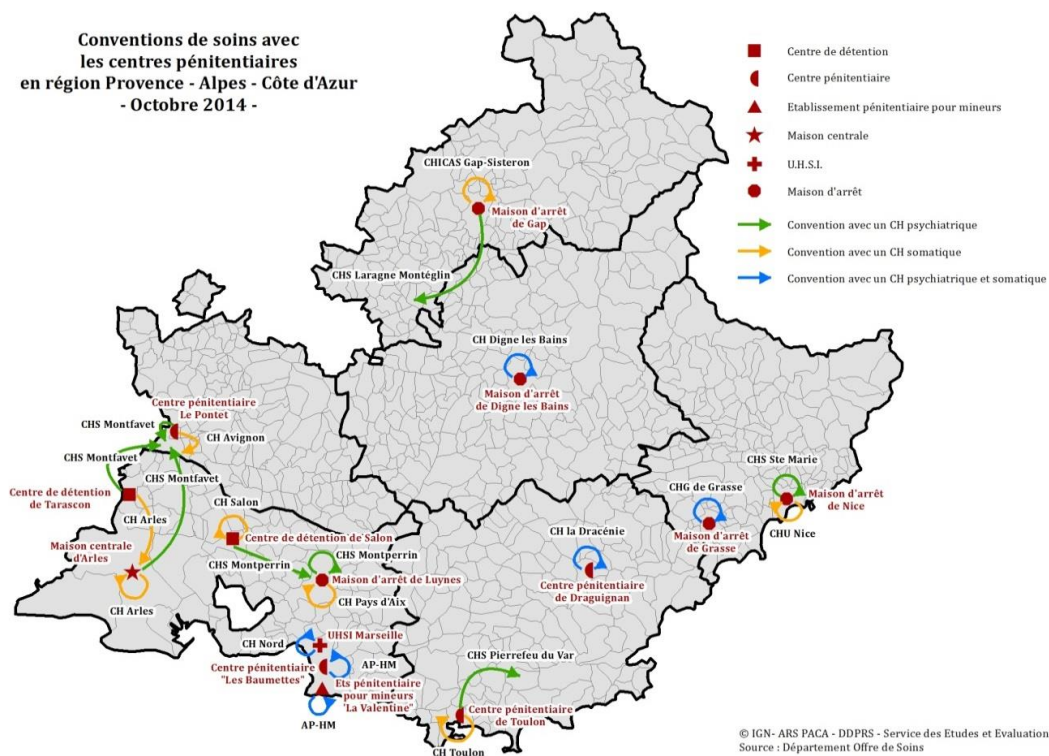
5.3 LES DISPOSITIFS DE SOINS SPÉCIFIQUES

Les soins en milieu pénitentiaire

L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques et l'autre pour les soins psychiatriques, chacun d'eux étant adossé par convention à un établissement de santé et structuré en trois niveaux.

¹³ A ce titre, 405 593 € avaient été versés soit 100 000 € pour la coordination pour 4 centres de santé et 305 593 € pour l'achat d'équipement au profit de 15 centres de santé dont 251 048 € pour ceux qui sont situés en QPV (au regard des contours QPV de 2014 qui étaient plus larges que les nouveaux périmètres QPV définis en 2015.)

Conventions de soins avec les centres pénitentiaires en région Provence - Alpes - Côte d'Azur - Octobre 2014 -



Soins somatiques

Niveau 1

L'ensemble des établissements pénitentiaires dispose d'une USMP somatique rattachée à un établissement de santé autorisé pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

Ces unités fonctionnent de manière satisfaisante malgré la surpopulation. Il existe des difficultés communes à mobiliser les médecins spécialistes mais également et surtout les chirurgiens-dentistes et les masseurs kinésithérapeutes.

Niveau 2

Le recours au plateau technique et à l'hospitalisation de courte durée est assuré dans les établissements de proximité, au sein de chambres sécurisées lors d'hospitalisation de courte durée. Leur implantation est imparfaite en Paca bien qu'en cours d'amélioration :

- deux chambres sécurisées au CHU de Nice ;
- deux chambres sécurisées au centre hospitalier de Grasse ;
- deux chambres sécurisées au centre hospitalier intercommunal de Toulon la Seyne ;
- deux chambres sécurisées au centre hospitalier d'Arles ;
- deux chambres sécurisées au centre hospitalier Henri Duffaut d'Avignon.

Le centre hospitalier de Draguignan met aux normes ses deux chambres sécurisées en vue de la réouverture de la maison d'arrêt et le centre hospitalier intercommunal d'Aix-en-Provence Pertuis va implanter deux chambres sécurisées au sein de ses urgences en vue de l'ouverture de Luynes 2.

Niveau 3

Les hospitalisations des personnes détenues excédant la courte durée (plus de 48 heures) ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé sont mises en œuvre dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) définies par l'arrêté interministériel du 24 août 2000. L'UHSI de Marseille qui est rattachée à l'AP-HM a une capacité théorique de 45 lits répartie sur trois unités. L'unité qui comprend les 12 lits théoriquement dévolus aux soins de suite et de réadaptation n'est pas encore ouverte.

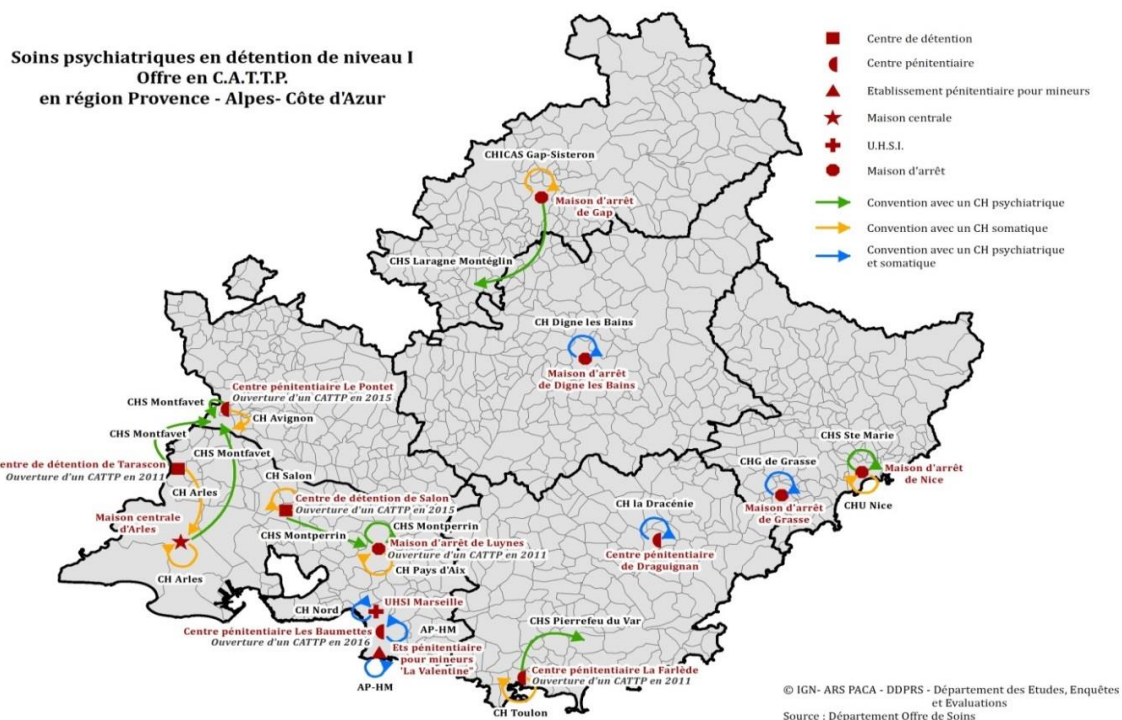
Soins psychiatriques

Niveau 1

L'ensemble des établissements pénitentiaires dispose d'une USMP psychiatrique rattachée à un centre hospitalier spécialisé sauf pour les établissements de Grasse, Gap, Digne et Marseille rattachés à un établissement mixte (MCO et psychiatrie). Le centre hospitalier spécialisé de Montfavet assure les soins sur trois établissements pénitentiaires : Le Pontet, Arles et Tarascon et celui de Montpellier sur deux établissements : Luynes et Salon (et bientôt trois avec l'ouverture de Luynes 2). L'AP-HM intervient sur les Baumettes et l'établissement pour mineurs et à partir de 2018 assurera également l'organisation des soins au sein de l'UHSA et du QPS des Baumettes.

Une politique active de développement des CATTP en détention a été menée par l'ARS et a permis une implantation large de cette offre de soins. Cette offre supplémentaire a permis d'améliorer la qualité et l'intensité des soins en détention en proposant des prises en charge de groupe ce qui a permis, selon les acteurs de terrain, de diminuer le recours à l'hospitalisation. Les établissements des Baumettes et de Nice ont développé des projets spécifiques pour la prise en charge des femmes qui ne bénéficient pas des prises en charge en SMPR (voir infra).

Gap, Digne et l'EPM ne sont pas équipés en CATTP du fait de leur petite taille. Grasse ne l'est pas du fait de locaux très contraints mais le projet de reconstruction de l'USMP qui va voir le jour en 2019 permettra ainsi une nouvelle implantation.



Niveau 2

La région dispose de deux services médico-psychologiques régionaux (SMPR) qui propose une offre de prise en charge à temps partiel pour hommes exclusivement.

Depuis l'ouverture des Baumettes II, le 15 mai 2017, le SMPR de 39 places fonctionne exclusivement en hospitalisation de jour, 7 jours sur 7, en journée seulement mais weekend compris. Les patients seront désormais hébergés dans un quartier dédié qui est contigu mais extérieur à l'USMP. Chaque cellule d'hébergement est individuelle et deux cellules peuvent être doublées.

Le SMPR de Nice dispose de 12 places pour un fonctionnement en hospitalisation de jour (4 cellules simples et 4 cellules doubles). La vétusté des locaux limite les possibilités de soins de la structure

mais la perspective de construction d'un nouvel établissement pénitentiaire à Nice et de la rénovation de l'ancienne maison d'arrêt ouvre une perspective pour un meilleur fonctionnement du SMPR.

Niveau 3

L'UHSA (L'unité hospitalière spécialement aménagée) de Marseille sera la dernière de la première tranche du programme des UHSA à ouvrir. Elle est implantée sur le site du CH d'Edouard Toulouse et armée par l'AP-HM avec une vocation à accueillir, personnes en soins sans consentement et en hospitalisation volontaire, hommes mais également femmes et mineurs. L'UHSA est l'offre de soins pour l'inter région Paca Corse.

L'UHSA doit ouvrir début 2018 et sera composée de trois unités de 20 lits chacune. L'objectif est celui d'une prise en charge de qualité se rapprochant le plus possible de celle offerte à l'extérieur avec une politique d'hospitalisation séquentielle pour les patients les plus graves plutôt que celle d'hospitalisation de longue durée.

Les capacités de l'UHSA ne pouvant permettre de répondre à tous les besoins, l'ARS soutient le fonctionnement et la création d'unités de soins intensifs psychiatriques dans les établissements psychiatriques spécialisés de la région.

Autres formes de prise en charge sanitaire

Le dépistage des IST (Infections sexuellement transmissibles), les soins et l'accompagnement en matière d'addiction, la prévention du suicide et les actions d'éducation à la santé sont les 4 autres axes d'intervention de l'ARS en détention.

Le dépistage des IST a été fragilisé en 2014 par le retrait des CDAG (Consultation de dépistage anonyme et gratuit) de leurs actions en milieu pénitentiaire et par la mise en place en 2016 des CEGGID (Centres gratuits d'information de dépistage et diagnostic) qui n'a pas permis de maintenir le dispositif et a modifié son organisation. La consolidation de la reprise de cette activité par les USMP (Unités sanitaires en milieu pénitentiaire) et la généralisation de l'extension du dépistage aux hépatites et aux IST telle que la syphilis pour répondre à l'évolution de l'épidémiologie sont les deux défis du PRS à venir.

La prévention du suicide : l'augmentation des cas de suicides en détention a particulièrement impacté la région Paca (20 suicides en 2015) et se situe dans le contexte du rapport d'audit interne de la politique de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral de 2015 (réalisé avec la participation de l'IGAS). Même si la tendance de 2015 ne s'est pas confirmée au cours des deux années suivantes, cette question reste au cœur des préoccupations des équipes qui interviennent en détention.

Les soins et l'accompagnement en matière d'addiction : la loi de janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé a introduit l'obligation du repérage des conduites addictives pour toute personne détenue venant de liberté.

L'état des lieux réalisé par l'ARS avec les USMP montre que le dépistage est déjà assuré à l'entrée en détention lors de la consultation entrant. Tous les établissements pénitentiaires bénéficient de l'intervention d'un CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). L'enjeu est de pouvoir maintenir ce niveau d'offre de soins lors de l'ouverture des nouveaux établissements et de consolider l'offre existante.

Les actions d'éducation et de promotion en santé

Ces actions sont mises en place sous la responsabilité des USMP somatiques et l'impulsion d'un comité de pilotage qui n'a pas d'existence réelle dans tous les établissements de la région. Ces actions restent les premières victimes lors des tensions en personnels au sein des USMP forcées de privilégier le soin. Certaines USMP sont toutefois très impliquées comme celle de la Farlède avec l'appui du CODES 83 ou celle de Salon qui a bénéficié d'un financement national, son projet ayant été retenu dans le cadre d'un appel à projet. Le développement d'une stratégie régionale s'appuyant sur les bonnes pratiques mises en place dans certains établissements pourrait constituer une plus-value.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les permanences d'accès aux soins de santé ont été créées en 1998 par la Loi de lutte contre les exclusions.

La permanence est habituellement située dans un établissement de santé ; elle peut cependant être localisée sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé, de manière à faciliter l'accès de certains publics.

Elle doit :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale ;
- agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage, l'accompagnement et les soins de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

L'apport des PASS est crucial pour permettre de répondre rapidement aux problèmes immédiats des patients, avec la possibilité de délivrer les premiers traitements nécessaires, puis d'entamer le processus de réinscription dans un parcours de soins de droit commun, dès lors que les droits auront été ouverts.

Il existe :

- 38 PASS en Paca sur 33 établissements ;
- 34 PASS généralistes ;
- quatre PASS psy ;
- sept consultations dentaires PASS ;
- une PASS régionale de référence portée par le CHU de Nice et l'APHM ;
- création en 2014 d'une PASS mère enfants à l'APHM à partir d'une consultation médico-sociale pédiatrique santé enfant environnement ;
- ce modèle est en cours de transfert dans 4 sites (Avignon, Nice, Toulon et Digne).

Ce dispositif constitue un élément clé pour la prise en compte des problématiques d'accès aux droits et aux soins des publics très précaires. Son positionnement à l'interface ville/hôpital lui permet de jouer un rôle essentiel pour contribuer à réduire les risques de rupture dans les parcours de soins de ces publics. Les PASS sont un des acteurs incontournables des coordinations locales œuvrant pour ces publics et semblent désormais mieux connues et reconnues par les acteurs extrahospitaliers concernés. Elles ont un rôle majeur pour mieux faire connaître les spécificités des publics très précaires auprès des autres services de l'hôpital. C'est sans doute là que réside une des marges de progression de ce dispositif, ce qui aurait un impact médico-économique notable pour les établissements de santé.

Un travail d'évaluation et d'accompagnement à une meilleure efficacité des PASS a été réalisé par la PASS régionale (cf annexe 5).

Les PASS de psychiatrie

Elles ont été mises en place en 2010, suite à un appel à projets national de 2009. Elles prennent en charge les personnes en situation de précarité, présentant des troubles somatiques, sans couverture maladie ou dans l'incapacité de faire valoir leurs droits, et rencontrant des difficultés d'accès aux soins du fait de souffrances psychologiques ou psychiatriques.

Elles proposent des consultations de médecine générale, entretiens infirmiers et sociaux.

Notre région comporte quatre PASS de psychiatrie :

- les PASS psy des CH Edouard Toulouse et Montperrin ont un mode de fonctionnement conforme au cahier des charges (cf. Annexe 1 de la circulaire du 29 mai 2009) ;
- la PASS du Centre hospitalier Buech Durance (CHBD) préexistait à l'appel à projets 2009 ;

- la PASS psychiatrie du Centre Intercommunal Toulon La Seyne fonctionne plus comme une PASS sociale en psychiatrie, sans temps de médecin généraliste.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

La circulaire du 23 novembre 2005 relative à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pose le cadre de ce dispositif dont l'objectif est de répondre aux besoins des personnes ainsi que des professionnels qui les accompagnent.

Elles ont pour missions :

- d'aller à la rencontre des publics en situation de précarité ou vulnérables pour favoriser la prévention, l'écoute, le repérage et l'orientation vers les soins spécialisés si nécessaire ;
- d'améliorer l'accompagnement et les soins des personnes en situation de précarité ou vulnérables présentant des troubles psychiatriques ;
- de développer les outils et les compétences des professionnels de première ligne intervenant auprès des personnes en situation de précarité ;
- de développer le travail en réseau.

Notre région compte 8 EMPP (équipes mobiles psychiatrie précarité): Marseille (2), Aix-en-Provence, Martigues, Toulon La Seyne, Cannes/Grasse et Nice, Avignon.

Aucune évaluation nationale d'efficacité n'a été effectuée de ses dispositifs à fort potentiel innovant. Une évaluation du modèle d'intervention de l'équipe de l'AP-HM a été financée par l'ARS en 2011.

L'absence fréquente de prise en compte de la dimension somatique des problèmes est un point faible de ces équipes. Une évaluation comparative des différents modes d'interventions de ces 8 équipes est prévue en 2018 en Paca.

Les lits d'accueil médicalisé et les lits halte soins santé (LHSS)

Le Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 fixe les aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées «lits halte soins santé» (LHSS) et «lits d'accueil médicalisés» (LAM).

Les deux types de structures présentent un certain nombre de points communs : elles sont ouvertes 24h/24, toute l'année et proposent également des prestations d'hébergement, restauration et blanchisserie.

Leurs missions sont de :

- proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- élaborer avec la personne un projet de sortie individuel pour les LHSS, un projet de vie pour les LAM.

Points spécifiques aux LHSS

Public LHSS : « personnes majeures sans domicile fixe, Majeurs, SDF, ne pouvant être soignées par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique ne nécessite pas de soins ou d'accompagnement hospitalier ou médico-social mais n'est pas compatible avec la rue».

Durée : 2 mois renouvelables autant que de besoin.

Nombre de lits : Il est inférieur ou égal à 30 lits (50 maximum sur décision de l'ARS).

Points spécifiques aux LAM

Public LAM : « personnes majeures sans domicile fixe, atteintes de pathologies lourdes chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être accueillies dans d'autres structures.

Mission : La structure devra par ailleurs apporter une aide à la vie quotidienne adaptée.

Personnel : L'équipe pluridisciplinaire devra comporter des IDE présents H 24, des AS et AVS.

Durée : La durée de séjour n'est pas limitée mais adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne.

Nombre de lits : la structure dispose de 15 à 25 lits.

Si elle dispose de moins de 18 lits, la structure est obligatoirement sur un même site qu'une structure LHSS. La structure porteuse sera donc autonome si elle possède un minimum de 18 places.

Département	Structures		LHSS Autorisés	LHSS Installés	LAM
	N° FINESS	Nom			
04-Alpes de haute Provence (4 places)	40003196	Porte accueil Sainte Tulle	4	4	
05-Hautes Alpes (0 place)	Non concerné	Non concerné	0	0	
06-Alpes Maritimes (40 places)	60012408	Habitat et soins groupe SOS	40	40	
13-Bouches du Rhône (61 places)	130026438	LHSS Henry Dunant (Croix Rouge)	3	3	
	130024128	LHSS Jane Panier	5	5	
	130024078	LHSS Station Lumière	2	2	
	130024029	LHSS L'Etape	6	6	
	130029788	LHSS Fontainieu (Habitat et Soins)	40	40	20 en cours d'installation
	130042401	LHSS Espace Vie Hilda Soler	5	5	
		Fondation St Jean Dieu (CHRS)	0	0	
		UHU Madrague Ville	0	0	
	130012248	HAS (ACT/CHRS)			
83-Var (11 places)	830103959	Promosoins Toulon	6	6	
	830019279	ADSEA du Var	5	5	
		Olvia Var			
84-Vaucluse (12 places)	840017669	Monfavet	7	7	20 autorisées fin 2017 et non encore installées
	840018394	Réseau	5	5	
Total			128	128	40

Récapitulatif des installations de LHSS et LAM

Au titre de la campagne budgétaire 2017, la région Paca a obtenu par ailleurs :

- 20 nouvelles places de LAM qui seront fléchées sur le Vaucluse ;
- 5 places de LHSS réparties comme suit : 2 dans le 13 – 1 dans le 84 et 2 dans le 83 ;
- 10 places ACT (7 pour le 13 et 3 pour le 06) ;

- 10 places d'ACT à domicile dont le cahier des charges national est attendu.

Les lits d'accueil médicalisés : un appel à projets a été lancé en 2016 pour la mise en place de 20 LAM sur le département des Bouches-du-Rhône (la région n'en bénéficiait pas auparavant) L'installation a démarré en fin 2016 et se réalisera progressivement en 2017 compte-tenu de la nécessité de réaliser des travaux. 20 lits supplémentaires ont été obtenus et installés en 2017 dans le Vaucluse.

Les lits halte soins santé : les mesures nouvelles en 2017 n'ont pas répondu à l'ensemble des besoins recensés.

Les appartements de coordination thérapeutique : fin de l'installation des mesures allouées en 2015 et répartition des mesures nouvelles 2016 soit 17 places sur des territoires peu dotés (les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes) ainsi que le renforcement de l'offre sur les Bouches-du-Rhône compte-tenu de besoins importants identifiés.

Une action a été menée en direction des populations précarisées sur les Bouches du Rhône : la pérennisation d'une structure sociale (maison relais) née en 2007 à l'initiative des acteurs de terrain au bénéfice de publics de la rue souffrant de troubles psychiatriques sévères (Le Marabout) était mise en péril du fait de besoins avérés en soins pour les personnes accueillies, non couverts malgré une dotation FIR annuelle (déficit important). L'association gestionnaire était déjà porteuse de places d'ACT sur Marseille. Au regard de la problématique des personnes accueillies, il a été décidé de procéder à une extension de faible capacité et de positionner 6 nouvelles places d'ACT sur le site de la maison relais. Cette opération permet la poursuite des missions en accordant un statut juridique adapté et en stabilisant la situation financière.



6- LES DISPOSITIFS FAVORISANT L'ACCÈS AU LOGEMENT

DISPOSITIF ASILE : TABLEAU RÉCAPITULATIF AU 8 FEVRIER 2017

	CAO	CADA	HUDA	ATSA	CPH	PRAHDA
Alpes-de-Haute-Provence	200	210	0	50	0	0
Hautes-Alpes	54	175	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	0	496	300	100	50	0
Bouches-du-Rhône	276	1250	94	194	103	197
Var	159	256	27	40		60
Vaucluse	82	164	11	100	0	0
Paca	771	2551	432	484	153	257

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	Paca
Centre hébergement réinsertion sociale, CHRS	68	55	567	2376	58	265	4026
Maisons relais	41	48	199	458	204	167	1117
Résidences sociales	148	14	672	7314	1178	655	10581
Total	257	117	1438	10148	1900	1087	15724

Les résidences accueil (RA) font partie du dispositif des pensions de famille et ont vocation à accueillir des personnes en situation de grande précarité, isolées et présentant des troubles psychiques. Le logement est payé par la personne. Un hôte fait fonction de coordinateur avec les fonctions support nécessaires dont le soin (coût estimé pour cette fonction à 16 euros par jour et par personne). La taille critique des RA est d'environ 30 places.

7- OÙ EN EST-ON? BILAN DU PRAPS 2012-2017 ET DIFFICULTÉS PERSISTANTES

7.1 LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE PRAPS

Dans le cadre global d'une action menée par le PRS visant à réduire les inégalités sociales de santé, l'action du PRAPS se concentre sur les publics «les plus démunis». Ce sont, les personnes sans chez-soi, les jeunes en errance, les personnes âgées migrantes, notamment en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales, les migrants, les étrangers en situation irrégulière, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les personnes placées sous main de justice, ainsi que les anciens détenus en démarche de réinsertion, qui cumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de soins, d'accès aux droits et aux soins.

Sont également visés par le PRAPS les publics ayant déjà un certain niveau d'accès aux soins, mais des difficultés du type renoncement pour raisons financières, (personnes âgées ou famille monoparentale à faible revenu avec reste à charge élevé pour les soins, personnes vulnérables).

7.2 PARTICULARITÉS RÉGIONALES ET/OU TERRITORIALES

Stratégie mise en œuvre au cours du PRAPS IV

Le thème de la réduction des inégalités de santé est l'objectif premier assigné dans le PRS et dans sa déclinaison opérationnelle propre à chaque parcours.

La question des inégalités sociales de santé (ISS) est un enjeu central de santé publique ; alors que notre pays connaît une situation sanitaire globalement favorable, elles renvoient aux différences d'état de santé observées entre les différents groupes sociaux et qui suivent la hiérarchie sociale. Les ISS concernent tout l'ensemble de la population selon un gradient social et pas seulement les populations démunies.

L'état de santé d'une personne se caractérise par une interaction complexe entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qui agissent tout au long de l'existence : revenus, éducation, conditions de travail, cadre de vie, environnement, accès au système de soins...

Ces ISS interfèrent également avec de fortes disparités territoriales.

Ces déterminants sociaux et économiques relèvent d'autres politiques que la seule politique de santé et appellent une mobilisation de tous les acteurs et décideurs publics.

Il est donc nécessaire :

- de mener des politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins qui bénéficient à l'ensemble de la population et des territoires et dont font partie les populations en difficultés afin de réduire les gradients d'inégalités ;
- de travailler plus spécifiquement sur les populations les plus vulnérables avec un double objectif :
 - leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun, en articulant l'intervention de l'ARS, des organismes d'Assurance maladie, de la DRJSCS, des collectivités territoriales,

- mettre en place des actions spécifiques parce que ces populations sont confrontées à des difficultés spécifiques (difficultés financières, isolement social voire désocialisation, renoncement aux soins, manque d'information...) avec la mise en place d'actions particulières et ciblées, sur des populations, sur des territoires.

Ces deux derniers points constituaient le cœur du PRAPS IV qui comportait cinq objectifs :

- améliorer la connaissance ;
- mettre en place, un travail intersectoriel et partenarial ;
- former et sensibiliser les professionnels.
- favoriser l'accessibilité ;
- agir avec et pour les populations démunies.

Toutes les actions relevant du PRAPS n'ont pas été mises en œuvre à travers un appel à projets. Les actions relevant d'une mise en œuvre institutionnelle ne sont pas déclinées dans les cahiers des charges et ne font donc pas l'objet des appels à projets.

Les actions ont été mises en œuvre prioritairement sur les quartiers prioritaires de la politique de la Ville (QPV) et les territoires socialement très vulnérables, identifiés en fonction de leur degré de désavantage social¹⁴ et correspondant à un IDS de classe 4 ou 5.

Un bilan intermédiaire du PRAPS a été effectué fin 2013 avec en particulier une analyse territoriale des campagnes 2012 et 2013.

L'objectif retenu pour les campagnes suivantes a été de compléter la montée en charge de la couverture territoriale des actions. Globalement, les objectifs et les territoires prioritaires sont apparus comme correctement couverts, en particulier dans les grandes villes, dans lesquelles des porteurs de projet en nombre suffisant sont à même de développer les actions préconisées par le programme.

C'est donc dans des territoires plus périphériques mais prioritaires que des efforts restaient à faire, en particulier à Valréas, Sorgues, Bollène, Carpentras, Sault, Port-Saint-Louis du Rhône, Arles, Tarascon, Martigues, La Seyne sur mer et Cavaillon, mais aussi Salon de Provence, Cannes ou Grasse. Il en allait de même dans certains arrondissements de Marseille (2^{ème}, 11^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème} et 16^{ème}). Enfin, certains territoires ruraux comme Riez ou les Mées ont également été identifiés comme prioritaires pour bénéficier d'une extension des actions en cours sur le département des Alpes de Haute-Provence.

7.3 ÉLÉMENTS FINANCIERS

Entre 2012 et 2016, le programme a mobilisé environ 18,6 millions d'euros avec une progression régulière des financements alloués. La mobilisation des crédits FIR a permis également de financer des actions d'envergure (PASS mère enfants, équipe mobile précarité santé).

Par ailleurs, une part importante des actions innovantes (13/36 actions différentes financées depuis 2009) a porté sur des actions contribuant au PRAPS, la plupart d'entre elles visant à préciser et à réduire les obstacles dans le parcours de soins des personnes les plus démunies.

	2012	2013	2014	2015	2016	Total 2012-2016
Montants des crédits FIR contribuant au PRAPS (en €)	3 317 704	3 245 293	3 657 673	4 231 992	4 185 224	18 637 886

Détail disponible en annexe

¹⁴ L'indice de désavantage social (IDS) est composé des variables suivantes : niveau de revenu médian, taux de chômage, part des non diplômés chez les 15 ans et plus, proportion de logements en location, part des familles monoparentales.

7.4 PLANS NATIONAUX

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017 est le principal plan national recoupant des objectifs du PRAPS.

Sa déclinaison dans notre région a fait l'objet d'une stratégie régionale d'action élaborée sous l'autorité du Préfet.

Pendant la première phase du plan (2013-2015), l'action de l'ARS a porté sur cinq axes complémentaires qui répondaient aux enjeux de notre région : des inégalités sociales et territoriales de santé marquées, la nécessité de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies et enfin l'amélioration de l'accès aux soins de premiers recours et la fluidification du parcours de santé des personnes vulnérables dans les QPV. Ces orientations qui associent de manière complémentaire l'action auprès des plus jeunes, l'accès aux soins des plus démunis et l'amélioration des réponses dans les territoires restent totalement pertinentes pour la période 2016/2017.

L'ARS devait répondre aux objectifs suivants :

- réduire les inégalités et prévenir les ruptures :
 - agir précocement pour prévenir les inégalités de santé ;
 - plan d'action enfance/parentalité et jeunes du schéma régional de prévention ;
- venir en aide et accompagner vers l'insertion :
 - Permettre l'accès à des complémentaires de qualité ;
 - Consolider les structures de soin de proximité (MSP et PASS) ;
- coordonner l'action sociale et valoriser ses acteurs :
 - Mieux coordonner l'offre de soins (quartiers prioritaires) ;
 - CLS et plans d'actions locaux.

Ce plan a fait l'objet d'une mise à jour en 2015 pour la période 2015-2017. Les objectifs se sont poursuivis pour l'ARS avec les actions suivantes :

- déploiement de 20 lits d'accueil médicalisés (LAM)
- renouvellement de l'appel à projets «Prévention pour les personnes relevant d'un accueil dans les PASS» avec notamment cinq axes :
 - prise en compte des soins bucco-dentaires ;
 - recours aux soins gynécologiques ;
 - formations à l'accueil et à l'orientation des personnes les plus démunies pour les acteurs extrahospitaliers ;
 - renforcement des stratégies de dépistage et de prévention de l'infection à VIH et autres IST, des hépatites B et C et de la tuberculose dans la population migrante ;
 - mise en œuvre, suivi et évaluation de protocoles portant sur le parcours de soins en cours ou à l'issue de soins délivrés à l'hôpital.
- soutien aux actions visant à développer les compétences psychosociales des personnes précaires pour les rendre actrices de leur santé ;
- soutien aux coordinations locales des actions visant à favoriser l'accès aux soins des plus démunis ;
- poursuite de la politique de déploiement des structures d'exercice coordonné de l'ARS Paca en cohérence avec la stratégie nationale à travers le Pacte territoire santé 2 ;

- lancement d'un appel à projets annuel à destination de ces structures afin de développer des actions de prévention et promotion de la santé auprès des publics précaires (Sensibiliser les personnes aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal, au dépistage du VIH, des IST, des hépatites virales B et C et de la tuberculose, sensibiliser les personnes au sevrage tabagique et à l'orientation et la prise en charge dans les structures spécialisées en addictologie, mise à jour des vaccinations...);
- accompagnement et évaluation du déploiement des consultations santé enfants environnement à Nice (Hôpitaux pédiatriques Lenval-CHU Nice), aux CH d'Avignon, de Manosque (activité reprise par le CH de Digne depuis 2018) et au CHI de Toulon La Seyne ;
- poursuite de la politique de déploiement des structures d'exercice coordonné de l'ARS Paca en cohérence avec la stratégie nationale à travers le Pacte territoire santé 2 ;
- mise en œuvre opérationnelle des volets santé des contrats de ville.

Le pacte de sécurité et de cohésion sociale pour Marseille de novembre 2013 a permis de financer plusieurs actions améliorant l'accès à la santé : cofinancement de la PASS mère-enfants à l'hôpital Nord, création de l'espace santé de l'APHM, financement de deux équipes mobiles intervenant sur les quartiers Nord : une équipe dans les centre sociaux pour le public des enfants et familles et une équipe à domicile auprès des personnes très isolées souffrant de maladies chroniques très isolées, le renforcement des moyens des CMP du centre hospitalier Edouard Toulouse.

7.5 RÉUSSITES / FAITS MARQUANTS ET POINTS À AMÉLIORER

L'ARS a fait du soutien aux PASS un axe majeur du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2012-2017.

Ce soutien se structure sur différents axes :

- appui au développement des PASS : des financements spécifiques en mesures nouvelles en 2015 (370 000 euros) répartis entre cinq établissements principalement pour la médicalisation de leurs PASS (CHITS : 38 500€, CHICAS : 27 000€, CH Cannes : 25 000€, CHU Nice : 113 000€, AP-HM : 166 500€). Conformément à la circulaire de juin 2013, un rebasage des PASS a été effectué au titre de 2016 en prenant en compte leur activité. En 2015 et en 2016, un appel à projets spécifique «prévention pour les personnes accueillies dans les PASS» a permis en particulier de développer des actions en direction des femmes et d'accroître le nombre de PASS à même de répondre aux besoins des personnes accueillies dans les PASS en matière de santé dentaire (373 486 euros en 2015 pour six actions, 101 594 euros en 2016 pour quatre actions) ;
- création en 2014 d'une PASS mère-enfants à l'AP-HM à partir d'une consultation médico-sociale pédiatrique santé enfant environnement visant en particulier la lutte contre le saturnisme infantile. Depuis l'ouverture de la consultation initiale en 2011, cette action s'est traduite par une augmentation du nombre moyen de cas de saturnisme infantile diagnostiqués dans les Bouches-du-Rhône à $24,0 \pm 4,8$ cas/an sur la période 2011-2015 soit une augmentation de + 224%¹⁵. Sur la même période dans les autres départements de Paca, le dépistage est resté stable et inférieur à 3 cas/an. Ce modèle est en cours de transfert dans 4 sites (Avignon, Nice, Toulon et Digne) pour un budget d'environ 1,5 million d'euros ;
- mission confiée à la PASS régionale de référence en collaboration avec l'ORU Paca (financement FIR) d'harmoniser le recueil des données collectées par les PASS. Mise en place d'un onglet PASS dans le Terminal Urgences ;
- organisation fin 2015 sur Paca-ouest d'une journée régionale des PASS à l'initiative de la PASS régionale ;

¹⁵ Cas de saturnisme infantile au seuil de 100 µg/l ; comparativement à la période 2006 à 2010. Données INVS et ARS Paca

- suivi de l'adéquation entre le mode de fonctionnement des PASS avec les instructions de la circulaire du 18 juin 2013 grâce à une évaluation sur site de près de la moitié des PASS de la région.

Enfin l'ARS Paca porte une attention particulière à la faculté pour les professionnels des PASS de communiquer entre eux et a ainsi organisé une journée portant sur l'accès aux soins des personnes les plus démunies en Paca dont une demi-journée était consacrée aux PASS ; a programmé une table ronde « PASS » lors des Agoras en octobre 2015 et a invité les PASS à présenter leurs missions lors d'une table thématique « problématiques spécifiques à la très grande précarité » pour le séminaire « Services d'appui à la coordination ».

Les autres faits marquants sont les suivants :

- partenariat avec l'Assurance maladie :
 - amélioration des délais d'ouverture des droits : conventionnement structures et associations « précarité »/CPAM département des Bouches-du-Rhône (en cours de déploiement dans le Var) ; ainsi le nombre de PASS ayant passé convention avec leur CPAM de rattachement est passé de deux fin 2013 à 22 fin 2015 ;
 - expérimentation d'une plate-forme départementale d'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) dans les Alpes-Maritimes à Nice et dans les Bouches-du-Rhône (3^{ème} arrondissement de Marseille), en cours d'extension aux autres arrondissements de la commune et dans le Var courant 2017, À partir du 31 mars 2017, l'Assurance maladie étendra progressivement ce dispositif de détection et de lutte contre le renoncement aux soins pour couvrir l'ensemble du territoire d'ici à mi 2018. Remplacement de la CMU-C par la PUMA, depuis le 1er janvier 2016 et mise en place progressive du tiers payant généralisé.
- parcours de soins des personnes sans-abris : meilleure compréhension de leurs besoins : enquêtes TREPSAM¹⁶ (CNRS) et MDM/Laboratoire de Santé Publique auprès des populations Roms (Dispositif d'accompagnement sanitaire des immigrés d'Europe de l'Est à Marseille), coordination ASSAb à Marseille : protocole Urgences Timone, Groupe mutualisations des acteurs, travaux en cours avec l'ORU Paca et la CPAM sur les obstacles à l'accès aux droits et aux soins à Marseille, action « accès aux soins psychiatriques ambulatoires des sans-abri » à Marseille Equipe Mobile Précarité Santé à Toulon, Protocole Précarité du Var.
- Autres réussites : construction d'un indice de désavantage social qui a permis de mieux cibler les territoires les plus vulnérables socialement. Modélisation d'une action de promotion de la santé auprès de publics précaires.
- 10 actions financées dans le cadre de l'appel à projets actions innovantes dont : réduction des risques et des dommages liés à l'alcool : deux actions
 - parcours de soins pour les personnes sans-abris ou en très grande précarité : cinq actions (dont une action portant sur les personnes diabétiques en situation précaire)
 - prostitution : une action, tabac : une action, dépistage cancer en milieu carcéral : une action.
- En collaboration avec la CPAM 13 financement d'une action portée par l'Université du Citoyen : lisibilité des documents de l'Assurance-maladie. Parmi les innovations on peut citer également un projet de Médecins du Monde pour éviter l'incarcération des personnes sans-abri avec des troubles psychiques.

¹⁶ Cette étude a montré schématiquement que les conditions de vie générale des personnes sans-abri relèguent souvent les questions de soins au second plan. Être en bonne santé quand on est dans la rue, ce n'est pas une finalité, c'est un moyen de se déplacer, de travailler, de se maintenir, de ne pas tomber plus bas. Elle a montré aussi que l'accès aux soins était conditionné pour ce public par deux éléments principaux : la contingence et la proximité.

Points forts du PRAPS IV

- Appui au développement des PASS.
- Amélioration des délais d'ouverture des droits grâce à un travail partenarial avec l'Assurance maladie.
- Meilleure connaissance du parcours de santé des sans-abris (enquête TREPSAM).
- Construction d'un indice de désavantage social.
- Financement de 10 actions innovantes.
- Financement de l'action ASSAb «accès aux soins des sans-abri de Marseille» : travail en réseau des acteurs sociaux et de la santé pour faciliter l'accès des sans abri aux soins, action portée par le CH européen et pilotée par une instance partenariale interinstitutionnelle.
- Financement de l'action «accès aux soins psychiatriques ambulatoires» des sans-abri portée par le CH Valvert.
- Poursuite et développement du financement d'actions au sein des CHR, hébergements d'urgence ou accueils de jour par la présence de personnel soignant en leur sein pour effectuer un premier accueil, orientation en vue de permettre l'accès au système de soins de droit commun.
- Financement d'interventions spécifiques auprès des migrants.
- Financement d'actions de médiation en santé.

Points à améliorer

- Réponses aux besoins spécifiques des primo-arrivants/migrants.
- Permettre aux personnes d'accéder à leurs droits et de pouvoir les défendre.
- Les parcours de soins en dehors de l'hôpital et/ou de la gestion des situations aiguës.
- La coordination des politiques publiques.
- Les changements de pratiques plus adaptées/innovantes.
- Etendre la couverture territoriale
- Faire émerger de nouveaux porteurs aux compétences nécessaires du fait des changements sociétaux rapides.

Points de rupture identifiés dans le parcours de la personne précaire

Problématiques majeures

Le contexte économique qui induit un taux de chômage important et plus globalement une précarisation accrue dans toutes ses composantes (économique, sociale, psychologique, ...).

- Le soin à apporter aux migrants et les défis d'une langue et d'une culture différente dans un contexte d'afflux éventuel de personnes réfugiées.
- La prise en charge du stress post traumatique chez les personnes migrantes.
- Les problèmes environnementaux (réchauffement climatique, pollution atmosphérique et autre) auxquels les personnes en situation de précarité sont le plus souvent surexposées...
- La numérisation de la société qui peut être source d'exclusion mais qui peut aussi constituer un outil facilitateur.
- Le creusement des inégalités sociales et territoriales de santé.
- Les sorties d'hospitalisation.
- Les suivis médicaux, en ville comme à l'hôpital.
- L'accès et les soins dentaire, optique et psychiatrique.
- L'accompagnement.
- Le vieillissement démographique et la nécessité d'anticiper l'arrivée à l'âge de la retraite de personnes avec de très faibles retraites (cursus incomplets, chômage récurrent,...).

Les obstacles à l'accès au droit et à la santé

Les freins à l'accès aux soins, dans la littérature spécialisée, recensent plusieurs niveaux d'inégalités :

- l'accès théorique aux soins : c'est la possibilité de se faire soigner et de bénéficier d'une couverture sociale ;

- l'accès primaire aux soins : c'est l'entrée dans le système de soins et l'utilisation en temps utile de ses services de manière à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé.
- l'accès secondaire concerne l'accès à des soins spécialisés, le recours à des examens complémentaires, les filières de soins empruntées...

Des difficultés d'ordre financières, administratives, de domiciliation peuvent freiner l'accès aux soins.

L'accessibilité financière

Le principal obstacle pour un accès généralisé est financier, du fait de la difficulté des personnes aux revenus les plus faibles à accéder à une protection complémentaire facultative.

Même si 94% de la population bénéficie d'une couverture santé complémentaire (privée ou CMU-C), il reste encore 4 millions de personnes sans protection complémentaire.

Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES de 2014¹⁷ qui interroge tous les deux ans 8 000 sujets (ainsi que les personnes présentes dans les ménages, soit au total 23 000 participants). L'échantillon des bénéficiaires ESPS 2014 représente ainsi plus de 92% de la population des bénéficiaires de l'Assurance maladie obligatoire dans les registres des trois principales caisses d'Assurance maladie (Cnamts, RSI, MSA), de deux sections locales mutualistes parmi les plus importantes (la MGEN et la MGP) et de quatre régimes spéciaux (CNMSS, CPRPSNCF, CAMIEG, CRPCEN.), 25% de la population de 18 à 64 ans (contre 16,8% en 2010) a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 16,8% en 2014 (10,7% en 2010) de la population, ce qui en fait est le type de soins le plus touché, devant les lunettes 10,1% (contre 4% en 2010).

Par ailleurs, plus l'état de santé est mauvais et plus le risque de renoncer aux soins augmente : un gradient très important de renoncement aux soins selon le niveau de vie est observé. Les personnes appartenant au quintile le plus pauvre ont trois fois plus de risques de devoir renoncer à des soins que celles du quintile le plus aisé.

Les personnes bénéficiant de la CMU-C renoncent beaucoup moins souvent à des soins que les personnes ayant une complémentaire privée. Ce qui tend à confirmer l'impact du dispositif sur le système de santé. Le fait de bénéficier ou non d'une complémentaire santé est un facteur important de renoncement aux soins. Les sujets qui ont été obligés de renoncer à bénéficier d'une complémentaire santé sont ceux qui ont le plus de risques de renoncer à des soins. Toujours selon l'enquête ESPS, le premier motif de non recours à une complémentaire santé évoqué par les enquêtes est financier : 25%, souhaitent en bénéficier, mais ne le peuvent pas pour des raisons financières.

Les difficultés d'ordre administratif

Les difficultés d'ordre administratif peuvent compliquer et aggraver l'accès aux soins, déjà rendu difficile par des motifs financiers pour les populations précaires. Sont cités par les associations la difficulté de la domiciliation, la complexité des démarches, des tracasseries administratives conduisant à des ruptures de droits, des logiques de guichet, le non-respect du principe de non-discrimination...

Le problème de la domiciliation

La loi de modernisation sociale du 5 mars 2007 et ses décrets d'application a redéfini les modalités relatives à la domiciliation des personnes sans domicile stable. Les structures pouvant être électeurs de domicile sont inchangées. Toutefois, elles sont tenues de respecter un certain nombre de procédures nouvelles sous la responsabilité de l'Etat. Quant aux personnes bénéficiaires du dispositif, leurs droits et obligations sont clairement précisés par les nouveaux textes.

Certains CCAS n'intègrent pas la problématique de la domiciliation dans leurs missions, d'autres font part du nombre de plus en plus important de dossiers à traiter concernant la domiciliation avec les mêmes moyens.

¹⁷ IRDES Oct 2017 État de santé des Français et facteurs de risque Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (données 2014)

Par ailleurs, ce sont toujours les mêmes associations qui sont sollicitées et leur répartition inégale sur l'ensemble des territoires justifierait que de nouveaux partenaires associatifs soient identifiés et agréés pour assurer cette mission.

L'AME

Compte tenu de leur statut, les personnes éligibles éprouvent en effet de l'appréhension à se rendre dans une administration ou une structure s'y apparentant. Les caisses et les associations soulignent également l'acuité des problèmes linguistiques. Il existe un fort besoin d'interprétariat.

L'appréciation de la condition de «personne en situation irrégulière» est également complexe. En effet, comme le soulignent les associations, les demandeurs, et particulièrement les demandeurs du droit d'asile, peuvent souvent alterner, en quelques mois, des périodes de régularité et d'irrégularité, au gré des demandes de régularisation, de l'issue des éventuels recours et des problèmes matériels liés aux difficultés de domiciliation (retour des plis en «non distribuables»). Le statut des étrangers en situation irrégulière serait à cet égard, «dynamique» et conduirait à des alternances de statuts.

Malgré les textes législatifs et réglementaires applicables et les instructions du réseau, il peut arriver que des CPAM aient une application particulière du dispositif. Selon les associations de la région, il existe des disparités, entre les différentes CPAM et au sein même d'une CPAM (procédure, nature et nombre de documents demandés, justificatifs supplémentaires...). Cela conduit pour certains à l'abandon de la démarche. Cette situation est susceptible d'entraîner des retards d'accès aux soins ou des hospitalisations coûteuses. Elle peut en outre présenter des risques en termes de santé publique. Des efforts ont été faits par les caisses par la mise en place de référents précarité pour harmoniser les pratiques et accélérer les ouvertures de droits.

Le document «Observatoire de l'accès aux soins de la mission France Médecins du Monde, Rapport 2009», publié en octobre 2010 (dixième rapport), retrace ainsi certaines difficultés d'accès au dispositif de l'AME. Selon ce rapport, les obstacles allégués par les personnes en situation irrégulière pouvant théoriquement s'ouvrir des droits au titre de l'AME sont «les obstacles administratifs», «les difficultés à s'orienter dans le dispositif sanitaire et social», les obstacles linguistiques et la difficulté à prouver la durée de résidence.

Une analyse qualitative a récemment distingué plusieurs types de processus discriminatoire.

Des discriminations directes procédant :

- soit par délégitimation : ceci concerne les bénéficiaires de l'AME perçus comme des "assistés" dont les soins "coûtent chers aux cotisants" et qui auraient des pratiques administratives abusives.
- soit par différenciation : les personnes sont orientées vers une offre de services ou de soins dérogatoires au droit commun, parfois dans une perspective de discrimination positive.
- enfin, des discriminations indirectes, fruits en particulier d'un croisement entre origine étrangère et précarité. L'exemple donné est celui du tiers payant pour lequel l'AME cristallise les réticences de certains professionnels libéraux de santé. Cette réticence à l'égard d'une disposition administrative affecte indirectement les personnes étrangères, pour lesquelles ces professionnels n'avaient pas a priori d'attitude discriminatoire.

Les personnes âgées migrantes

Le passage à la retraite est un moment de rupture des droits. Les conditions particulières de résidence et de territorialité auxquelles sont soumises les personnes âgées migrantes donnent de surcroît lieu à des pratiques hétérogènes, qui manquent de lisibilité de la part des administrations et des organismes de protection sociale avec la mise en place de contrôles qui ciblent les étrangers et d'après les associations des demandes très complexes - mais jamais écrites - de pièces justificatives qui aboutissent à des ruptures de droits parfois très graves.

Les personnes sous-main de justice

Des difficultés sont relevées dans la mise à jour des droits sociaux au moment de l'incarcération et de leur suivi dans le temps ainsi qu'au moment de la préparation à la sortie. Dans les Bouches-du-Rhône, l'immatriculation à la sécurité sociale des personnes détenues est systématique grâce à un bon partenariat avec la CPAM et grâce à une centralisation de cette fonction au sein de la CPCAM 13. Ce qui n'est pas le cas dans tous les autres départements.

Les gens du voyage

Ils ne connaissent pas lorsqu'ils arrivent sur les terrains, les coordonnées des CPAM, ni des structures. Le futur schéma départemental d'accueil des gens du voyage précisera le fait qu'ils doivent pouvoir disposer, sur les terrains, des informations nécessaires telles que les coordonnées : des médecins généralistes ou spécialistes de la commune, des services de secours, des établissements de santé les plus proches, de la caisse primaire d'Assurance maladie de rattachement de la commune, des services du Conseil départemental (protection maternelle et infantile), de la mairie, des associations concernées par les gens du voyage.¹⁸

Les difficultés tenant au système de soins

Elles sont de plusieurs ordres.

- Les difficultés habituellement connues sont liées à l'inégale densité géographique de l'offre, au réseau de transport...

Cette question est à relativiser pour la région Paca pour l'accès à l'offre de soins de premier recours.

La densité médicale des généralistes et des spécialistes est la plus élevée de France : respectivement 374 et 170 pour 308,8 et 143. Par ailleurs, 73% des cantons de la région (étude FNORS) sont caractérisés par des temps d'accès aux professionnels de santé libéraux inférieurs à la moyenne nationale. Cette situation globalement favorable ne doit pas occulter des disparités infrarégionales voire infra départementales. En région Paca, les difficultés d'accès aux soins géographiques concernent essentiellement les zones rurales, ou périurbaines.

- Les difficultés liées aux attitudes et comportements de certains professionnels.

Accès primaire aux soins

Les refus de soins

Alors que la loi est protectrice, la réalité démontre des freins importants. Les travaux sur les bénéficiaires de la CMU-C (fonds CMU) donnent un éclairage sur les modalités et freins de recours aux soins, des populations en difficultés sociales. 15% des personnes interrogées déclarent avoir fait l'objet de la part des professionnels de santé d'un refus de les revoir ou de les recevoir du fait d'être bénéficiaires de la CMU. Les professionnels de santé le plus souvent cités sont les médecins spécialisés (7% des personnes interrogées), les dentistes (6%), et pour une moindre part les médecins généralistes (2%).

Un dispositif testing a été mis en œuvre en décembre 2008 - janvier 2009 à Paris pour évaluer la nature et l'amplitude des discriminations dont font l'objet les bénéficiaires de la CMU dans l'accès aux soins. Près d'un tiers des dentistes (31,6%), un cinquième des omnipraticiens (19,4%) et 38,5% des gynécologues refusent les patients parce qu'ils sont bénéficiaires de la CMU.

En Paca, une enquête de Médecins du Monde menée en 2007 auprès des médecins marseillais avait fait ressortir un refus de recevoir des bénéficiaires de la CMU chez 7,5 % des généralistes et 38% des gynécologues (respectivement 21% et 62% pour les bénéficiaires de l'AME).

¹⁸ CARDE E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé Publique 2007, Volume 19, n°2, pp.99- 109

Le poids croissant des dépassements d'honoraires et du secteur 2

Près de quarante ans après la création du secteur 2, malgré les tentatives des pouvoirs publics de restreindre la liberté tarifaire des médecins, les dépassements d'honoraires ont progressé de façon spectaculaire.

Si les généralistes s'installent actuellement presque exclusivement en secteur 1, ce n'est pas le cas des spécialistes. Cette situation nuit à la couverture des soins et est susceptible de creuser les inégalités dans l'accès aux soins car il n'y a pas de prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire (seuls 40% des assurés sont remboursés en tout ou partie en cas de dépassements d'honoraires par leur mutuelle).

La loi relative à la CMU interdit que les dépassements d'honoraires soient appliqués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Toutefois, du rapport IGAS 2007, il ressort que 1,6% des consultations facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire avaient donné lieu à un dépassement d'honoraires¹⁹.

La pratique des dépassements d'honoraires est de nature à accentuer l'inégale répartition des médecins sur le territoire dans la mesure où elle permet leur installation dans des territoires très fortement dotés en médecins puisque leurs tarifs plus élevés compensent la moindre activité résultant d'une forte densité médicale.

Pour certains spécialistes (chirurgiens libéraux, ORL, ophtalmologues, gynécologues) et dans certains territoires, l'existence de dépassements d'honoraires conséquents peut engendrer des difficultés d'accès aux soins par d'importants restes à charge pour les assurés, avec une grande variabilité des dépassements au sein des spécialistes. Les dépassements les plus fréquents et les plus élevés concernent les départements riches et urbains...

La proportion de médecins exerçant en secteur 2 est variable d'un département à l'autre et plus marquée dans certains territoires de proximité. Le département des Alpes-Maritimes et le Var Est sont les plus concernés. Le Vaucluse connaît un taux important de médecins spécialistes conventionnés en secteur 2. Le département des Alpes-de-Haute-Provence est le moins touché.

Quelques exemples suivent à titre indicatif :

- La part d'omnipraticiens libéraux conventionnés en secteur 2 en 2010 va de 36,19% à Fréjus-Saint-Raphaël, 30,7% à Antibes, 23,28% à Draguignan, 23,08% à Embrun, en passant par 18,08% à Cavillon, 18,06% à Avignon, pour atteindre 9,43% à Digne, 8,47% à Manosque, 7,22% à Marseille, 6,35% à Arles.
- Toutes spécialités confondues, la part de médecins spécialistes libéraux conventionnés en secteur 2 en 2010 s'étale de 56,10% à Cannes-Grasse, 53,27% à Nice, 53,02% à Fréjus-Saint-Raphaël, 42,57% à Draguignan, 40,79% à Avignon, 39,78% à Orange-Valréas, 33,24% à Toulon-Hyères, 32,11% à Marseille, 27,94% à Manosque, 21,05% à Briançon, 12,9% à Gap, 11,76% à Digne.

Accès secondaires aux soins

Les inégalités d'accès aux soins secondaires se produisent après la «phase de contact» avec le système de soins, de l'identification du besoin jusqu'à la délivrance du soin.

Elles peuvent se construire «par omission». Des études embryonnaires témoignent en effet de la gestion différentielle de problèmes de santé par le corps médical ou les professionnels de santé en fonction de la situation sociale ou de la proximité socioculturelle avec le patient.

Il peut en résulter la non-prise en compte de la situation sociale des patients dans la prescription des traitements ou dans la définition des protocoles de soins ou de prévention, au risque d'aggraver les inégalités sociales de santé.

¹⁹ Vanessa Bellamy (DREES) et Anne-Laure Samson (LEDa-Legos, Université Paris Dauphine), « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins »

Les difficultés tenant aux facteurs intrinsèques des publics

Les barrières à l'accès aux soins sont également individuelles même si elles sont, selon la littérature spécialisée, socialement stratifiées : méconnaissance des droits ou incapacité à les faire valoir, difficultés d'aller vers les institutions par méfiance, honte, incompréhension des circuits, barrières linguistiques, culture différente (tabous, peur, approche différente de la santé), mauvaise estime de soi. Le niveau d'éducation, le rapport au corps et à la maladie, la préférence pour le présent, les expériences passées avec le système de soins, influencent le recours aux soins.

Les enseignements tirés de l'enquête de l'URIOPSS, cités par le précédent PRAPS, sont particulièrement précieux : parmi les situations fréquemment rencontrées par les structures enquêtées, le déni est fréquemment cité (63%), de même que le refus d'entrer en démarche de soins (57%). Les besoins d'orientation (83%), de prise de rendez-vous (87%) et d'accompagnement au rendez-vous médicaux (73%) sont massifs. Ils sont liés en particulier à un sentiment d'angoisse pour effectuer les démarches de santé (79%). Ils constituent des obstacles forts au suivi médical de même que les difficultés de déplacement (49%), la barrière de la langue (53%) et les difficultés culturelles (47%). Cela peut se concrétiser par un non-respect des horaires de rendez-vous et les changements récurrents de structure (32%).



8- OÙ VA-T-ON ? PRAPS V (2018-2023)

8.1 ENJEUX A 10 ANS

Avoir une politique de lutte contre les inégalités sociales coordonnée et évaluée

- Des indicateurs choisis et mesurés annuellement pourront permettre de suivre l'efficacité des politiques mises en œuvre.
- Des actions conjointes avec des acteurs du logement, du travail, de l'éducation, de la petite enfance, de l'aménagement du territoire, de la politique de la ville entre autres permettront d'avoir des impacts significatifs sur la réduction des inégalités.

Favoriser l'émergence de nouvelles organisations et de nouveaux métiers

- Aider à l'émergence d'organisations intelligentes ou communautés de travail inspirées (communautés de pratique) facilitant l'innovation et la créativité.
- Développement de nouveaux métiers facilitant ces nouvelles manières de travailler : médiateur de santé, Community manager, courtier en savoir, expert d'expérience/travailleur pair.

Développement de nouvelles stratégies de professionnalisations

- Développer l'accompagnement et la professionnalisation des acteurs associatifs.
- Adapter certains progrès technologiques pertinents afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé
- La e-formation, l'éducation thérapeutique en ligne, l'entraide et l'aide juridictionnelle, la télémédecine adaptée aux plus pauvres, le e-interprétariat, communautés d'entraide en ligne (communautés de pratique et communautés d'expériences).

Faciliter la résolution d'un ou deux grands problèmes d'inégalité sociale de santé via des programmes expérimentaux et des politiques volontaristes transversales efficaces

- Approches opérationnelles, programmatiques et pragmatiques
- Exemples : réduction de 50% à 5 ans du défaut d'accès à une couverture de soins des personnes les plus précaires, lab zéro : politique zéro SDF à Marseille.

8.2 OBJECTIFS OPÉRATIONNELS À 5 ANS

OBJECTIF 1 : Travailler sur des déterminants sociaux de santé prioritaires notamment : le logement, l'inclusion sociale et le travail

OBJECTIF 2 : Amélioration de l'efficacité et de l'efficience de l'accès aux soins des plus démunies

OBJECTIF 3 : Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies

OBJECTIF 4 : Bonnes pratiques, nouveaux métiers et nouvelles organisations

OBJECTIF 5 : Assurer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé

OBJECTIF 1 : Travailler sur des déterminants sociaux de santé prioritaires notamment : le logement, l'inclusion sociale et le travail

Réduire les inégalités sociales de santé est un challenge pour les acteurs de la santé qui doivent impérativement sortir de leur zone de compétence/légitimité pour faire des alliances avec d'autres acteurs qui ne sont pas du champ de la santé.

Mettre en place des instances de gouvernance du PRAPS au niveau régional et départemental (personnes concernées, acteur de terrain, cohésion sociale, assurance-maladie, collectivités territoriales, ..) pour mieux coordonner les politiques, les actions et les financements.

- Organiser conjointement des journées d'échanges pour les acteurs concernés car si certaines des actions prévues relèvent directement de l'ARS, la plupart nécessitent une mise en œuvre associant différents partenaires institutionnels.
- Comparer et échanger avec les PRAPS des autres régions.
- Se référer et diffuser les données probantes.

Développer des programmes de type «un chez soi d'abord» sur tout le territoire et en élargissant à toutes les personnes les plus démunies en s'appuyant sur la nouvelle politique nationale de logement d'abord.

- Développer des actions de prévention des expulsions et d'amélioration de l'habitat des personnes les plus vulnérables (malades/handicapées) en assurant l'accompagnement médico-social adapté.
- Le programme « un chez soi d'abord », né grâce à l'alliance de spécialistes du logement et de la santé, a montré une efficacité supérieure à toutes les offres habituelles existantes à répondre aux besoins primaires des personnes sans-abri de longue durée avec des problèmes de santé sévères.

Développer et renforcer des actions qui ciblent spécifiquement l'inclusion sociale des personnes via des activités sociales (comme l'activité physique adaptée en groupe), les liens avec la famille et les amis, les groupes d'auto et d'hétéro-support (associations GEM, collectifs) et toutes activités pertinentes ayant fait les preuves de leur efficacité.

Développer et/ou essayer de nouveaux programmes sur l'accès à l'emploi en milieu ordinaire (pour des personnes vivant avec une maladie chronique/handicap psychique en particulier) ayant montré leur pertinence et leur efficacité en population générale.

OBJECTIF 2 : Amélioration de l'efficacité et de l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis

Des nombreuses actions de soins spécifiques aux personnes les plus démunies se sont implantées dans le territoire depuis 20 ans. Un focus sera fait en premier lieu sur l'amélioration de leur efficacité et de leur efficience et d'étendre les plus pertinentes sur certains territoires «oubliés». Par ailleurs, il convient de s'attacher à améliorer l'efficience de l'offre de soins classique/universelle pour les personnes les plus démunies, l'offre de soins spécifique ne devant être, «dans l'idéal» qu'une passerelle pour aider les personnes à accéder aux soins «comme tout le monde».

Améliorer, renforcer et développer les pratiques de «l'aller vers» de la réduction des risques et du rétablissement

Le travail de proximité c'est : intervenir là où les gens vivent tant géographiquement qu'existentiellement. C'est accompagner les personnes sur leurs objectifs et leurs besoins et en respectant leurs priorités et leur temporalité. C'est s'approcher sans s'imposer.

La réduction des risques : déjà définie dans le champ des addictions, elle s'applique d'autant plus avec les personnes les plus démunies. Il s'agit d'avoir une approche non jugeante et non directive sur

les consommations des personnes en maintenant un regard positif inconditionnel et en accompagnant les personnes à avoir des conduites les moins à risques possible.

Le rétablissement : issu du champ de la santé mentale ce concept insiste sur l'utilisation des compétences des personnes et la reprise de pouvoir sur leur vie.

- Développer davantage «l'aller vers» les publics en grande précarité les plus éloignés du système de soins (Equipes mobiles santé précarité, EMPP, PASS mobiles, maraudes...), pas seulement pour l'accès aux soins mais aussi pour l'accès à la santé.
- Pour les personnes sans-abri multiplier les possibilités de contact avec des professionnels de santé dans le temps (organisation des maraudes) et dans l'espace.
- Diffuser et renforcer l'information/formation/littératie sur ces trois pratiques.
- Développer des interventions afin de cibler les situations à risque de rupture. Anticiper les conséquences d'événements entraînant une rupture du parcours de vie (veuvage, divorce, chômage,... et pour les enfants : décès d'un ou des deux parents).
- Renforcer les possibilités d'interprétariat : les besoins sont accrus par l'augmentation des personnes demandeurs d'asile, avec la difficulté supplémentaire que certaines d'entre elles parlent une langue pour laquelle les possibilités d'interprétariat sont actuellement limitées. Un accès des professionnels libéraux à l'interprétariat sera à développer.
- Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus exclues dans toutes les actions et dispositifs.
- L'accompagnement des personnes et la prise en compte de leurs spécificités culturelles.
- Développer les compétences psychosociales: développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) et du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies. Les femmes enceintes isolées et les enfants précaires seront ciblés prioritairement.
- Lutter contre la violence faites aux personnes les plus vulnérables (stigmatisation, discrimination, violation des droits, maltraitance, et toute forme de violence).
- Veiller à une couverture territoriale équitable avec une répartition homogène de certains dispositifs sur le territoire selon les besoins : ouverture de Lits d'Accueil Médicalisés, augmentation du nombre de Lits Halte Soins Santé, compenser l'insuffisance ou absence de porteurs sur certains territoires vulnérables socialement notamment en zone rurale.

Améliorer l'efficacité de l'accès aux soins à l'hôpital et en ville.

- Améliorer l'accès à l'information sur l'organisation des soins notamment pour les publics non francophones ou ne maîtrisant pas la lecture (Rendre accessible l'information en fonction des publics auxquels elle s'adresse : communiquer de manière adaptée, traductions).
- Favoriser l'inscription de la personne dans le parcours de soins et notamment l'accès au médecin traitant.
- Promouvoir une organisation des soins de proximité plus accessible, notamment dans les territoires ruraux et les quartiers concernés par la politique de la ville (accessibilité socio culturelle). Les ateliers santé ville devront être mobilisés sur le champ de l'amélioration de l'accès aux soins, les modes d'exercice coordonné, tels que les maisons pluri-professionnelles de santé et les centres de santé, devront être encouragés à prendre en charge la précarité.
- Travailler sur les deux points clés du parcours de soins : le recours au médecin traitant et le recours aux services d'urgence en veillant à former les personnels de ces services aux spécificités des publics en situation de précarité pour qu'ils prennent en compte la perception qu'ont ces publics de leur état de santé et éviter ainsi les recours itératifs aux urgences.
- Mieux préparer les sorties d'hospitalisation : Inscrire la politique de lutte contre la précarité dans le projet d'établissement des établissements de santé : ils veilleront en particulier à définir des protocoles d'accueil et de prise en charge et de continuité des soins, en sortie d'hospitalisation pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMU-C).

- Mobiliser les ressources nécessaires pour adapter les pratiques et les soins à la complexité des besoins des publics en grande précarité (coordinations territoriales, rendez-vous soignants, réunions de concertation pluridisciplinaire, études de cas complexes...).
- Soutenir la coordination des acteurs en particulier autour des parcours complexes (notamment lien santé hébergements d'urgence), mettre en œuvre des outils tels que les plateformes de partage en ligne, un système d'information partagé, pour aboutir à des collaborations organisées et pluridisciplinaires.
- Prendre en compte les besoins de certains publics insuffisamment couverts par des actions du PRAPS IV : gens du voyage y compris sédentarisés, travailleurs saisonniers, personnes migrantes âgées (femmes en particulier), personnes détenues, jeunes en rupture (dont mineurs isolés étrangers), personnes vieillissantes hors EHPAD isolées à domicile ou sans-abri, jeunes majeurs.
- Améliorer l'accès aux soins dentaires et optiques.
- Pour ce qui concerne plus particulièrement les personnes migrantes, améliorer l'accès au logement des familles migrantes nouvellement accueillies, assurer l'accès à des soins spécialisés et des soins dentaires.



Développer l'accompagnement physique pour éviter les ruptures de parcours ; Accompagner le patient pour l'accès à l'hébergement et au logement et pour l'accès à l'emploi, si possible.

- Soutenir les actions de médiation en santé publique.
- Soutenir les interventions permettant l'accès aux droits, aux soins et à la santé des personnes réfugiées et/ ou migrantes.
- Faciliter le processus de rétablissement des personnes en développant les pratiques orientées vers le recovery (nécessitant une posture et croyance des professionnels dans les capacités des personnes à se rétablir, à avoir un accès et une participation active aux services de la cité).
- Mieux prendre en compte la complexité de la prise en charge de la symptomatologie psychiatrique chez les personnes en grande précarité et plus largement de l'accueil des publics «en marge» (y compris troubles du comportement) ; renforcer l'accès aux soins psychiatriques pour ce public dans les CMP.
- Améliorer l'accès aux soins de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques. Dans le champ plus spécifique de la santé mentale (note en annexe 2), les mesures envisagées pour le PRAPS V visent logiquement à améliorer l'accès à la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques. Quelques aspects sont en particulier proposés

Développer des projets thérapeutiques prenant en compte la composante sociale de la situation des personnes dans le cadre d'un travail pluri-partenarial

- Soutenir les équipes sociales,
- Accompagner les personnes et prendre en compte leurs spécificités culturelles.

Modéliser et rendre efficient le fonctionnement des PASS (cf annexe 5)

- Mettre en service un site internet PASS Paca avec accès à l'annuaire des référents des PASS de Paca.
- Améliorer l'accueil, le repérage et l'orientation des patients précaires notamment au niveau des bureaux des entrées des hôpitaux et des services des urgences par la mise en place de protocole.
- Déployer un support informatisé commun renseignant de l'activité des PASS de Paca dont les indicateurs sont collectivement définis («Terminal PASS» ORU Paca).
- Asseoir la référence médicale des PASS, en dédiant et ou augmentant le temps médical PASS pour permettre une prise en charge médicale effective et une coordination des parcours des patients PASS en intra et extrahospitalier.

- Actions de sensibilisation, formation des agents hospitaliers sur les personnes démunies avec le soutien de partenaires extérieurs (FAS, COMEDE, Equipes de rue, secteur addictologie, psychiatrie...).
- Former les professionnels médicaux et paramédicaux sur les inégalités sociales de santé et les problématiques d'accès aux soins dans le cadre des formations initiales et continues.
- Organiser régulièrement des comités de pilotage internes avec rédaction d'un projet de service PASS et de comités de pilotage externes avec participation des usagers.
- Développer les groupes d'analyse de pratiques et des supervisions d'équipes.
- Etendre les conventionnements entre les établissements porteurs de PASS à la MSA pour améliorer l'accès aux droits des publics précaires.
- Poursuivre le développement du conventionnement des PASS avec les CPAM dans le cadre de la PFIDASS.
- Harmoniser les pratiques de dispensation pharmaceutique aux patients sans droits et résoudre les problèmes d'accès à différents produits de santé dont les vaccins (PASS-ME) en harmonisant les pratiques : convention CD, budget de l'hôpital.

Renforcer le lien ville/hôpital

- Favoriser la mobilité des PASS et développer des actions «hors les murs» pour aller vers les publics les plus éloignés du système de soins en menant une expérimentation de PASS mobile et d'une fusion avec les EMPP là où c'est possible.

OBJECTIF 3 : Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies

- Faciliter les ouvertures de droits et éviter les ruptures : étendre à la région la démarche de conventionnement des CPAM avec les acteurs de la précarité et les PASS pour abrégé les délais d'ouverture des droits Assurance-Maladie, simplifier les démarches auprès des CAF, éviter les ruptures de droits et de soins chez les détenus ; envisager avec les CPAM des procédures permettant d'alléger les démarches administratives pour assurer l'accès et la continuité des soins en particulier par le biais de l'AMU.
- Améliorer l'accès à l'information sur les droits notamment pour les publics non francophones ou ne maîtrisant pas la lecture (Rendre accessible l'information sur l'accès aux droits en fonction des publics auxquels elle s'adresse : communiquer de manière adaptée, traductions).
- Des droits effectifs et défendus. L'accès à des droits effectifs pour les plus démunis concerne aussi bien les trois droits opposables (santé, éducation, logement) que les droits aux aides financières minimales pour survivre (Revenu de solidarité active ou Allocation adultes handicapés) et tous les autres types d'aides prévus par la loi. Les actions permettant aux personnes de mieux défendre leurs droits face à la violence sous toutes ses formes en accédant à un soutien juridique efficace devront être proposées.
- Développer une culture de respect des droits fondamentaux via des stratégies reconnues et ayant déjà fait l'objet de rapports et conventions nationaux et internationaux (esclavage moderne, personnes sous tutelle/curatelle, personnes en institution).
- Développer les compétences psychosociales notamment pour les personnes hébergées en CHRS : développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles).
- Penser le parcours de santé et de vie avec la personne et non pour la personne en respectant le principe de l'empowerment (pouvoir d'agir sur sa propre vie).
- Lutter contre toutes les formes de violences : discriminations, violences institutionnelles, violences invisibles et du quotidien, mépris, stigmatisation dans ses différentes formes (auto-stigmatisation, stigmatisation individuelle et stigmatisation institutionnelle) qui ont pour conséquence une diminution parfois dramatique du capital santé des personnes.
- Littératie : Mettre à disposition des informations utilisables tout de suite pour améliorer la santé des personnes les plus démunies.

OBJECTIF 4 : Bonnes pratiques, nouveaux métiers et nouvelles organisations

- Sensibiliser les professionnels de santé à la prise en compte de la vulnérabilité sociale et aux modalités du prendre soin spécifiques à ce public : en particulier personnels des Urgences et plus généralement de l'hospitalisation complète.
- Former les professionnels de santé aux interventions de références qui ont fait leur preuve sur la réduction des inégalités.
- Former les travailleurs sociaux aux enjeux de la santé et les acteurs de terrain à l'approche de la précarité et au thème croisé : précarité et santé mentale.
- Mettre en place des formations croisées. Renforcer par exemple les pratiques de réduction des risques et leur diffusion notamment avec l'alcool.
- Développer de nouveaux métiers : expert d'expérience, médiateur de santé, community manager et courtiers en savoir (cf focus).
- Favoriser les organisations bienveillantes, non hiérarchisées, favorisant l'intelligence collective, l'innovation et la créativité (sociocratie, holocratie, organisation inspirée, communauté, scop, autres).

OBJECTIF 5 : Assurer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé

- Mettre en place les actions de prévention (en particulier du suicide) et promotion de la santé, prodiguer des soins et organiser les services sur la base de données scientifiques ou de recommandations de bonnes pratiques.
- Mettre en place des actions de prévention en déclinaison des plans nationaux, addictions, PNNS (surpoids), insécurité alimentaire, contraception, IVG, VIH, Hépatites, augmentation du pourcentage du dépistage, souffrance psychique, hygiène de vie (y compris buccodentaire), actions de soutien à la parentalité.
- Mener des actions de prévention au plus près des publics en utilisant les structures et services existants.
- Soutenir les actions visant à favoriser la réponse aux besoins primaires : l'accès à l'hygiène, à l'alimentation et à l'eau.
- Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins.

OBJECTIF 6 : Évaluation, recherche, transfert de savoir et innovation

- Développer une culture de l'évaluation scientifique : afin d'identifier les pratiques les plus efficaces et efficientes pour réduire les inégalités, des démarches évaluatives ambitieuses, s'appuyant sur des équipes universitaires et ciblant les dispositifs les plus innovants/importants devront être initiées.
- Recherche : Soutenir les recherches actions participatives : Cette approche permet d'associer dans le cadre de recherches-actions des opérateurs de terrain à des équipes de recherches. Elle vise à définir des réponses à des besoins pour lesquels aucune action probante n'est clairement identifiée ou à l'égard desquels les dispositifs existants sont peu ou pas opérants. les données issues de la recherche doivent permettre de mieux identifier la nature et la taille des problèmes et leur évolution dans le temps afin de mesurer l'efficacité des politiques menées.
- Transfert de savoir : les solutions pour améliorer la santé concernant les populations les plus exclues devront être mises à disposition de manière simple, et utilisable pour les professionnels (vulgarisation) et les personnes (littératie). L'utilisation préférentielle des solutions qui marchent le mieux (données probantes) devra être encouragée afin de gagner du temps face aux nombreux problèmes de santé que rencontrent les personnes les plus démunies. Au-delà des intentions, les bonnes pratiques devront être diffusées dans les actions au quotidien. La e-santé pourra être un outil à la fois d'information et de formation sur les solutions qui ont fonctionné ailleurs.
- Innovation : innover en intégrant les nouvelles technologies.

- Mettre en place une évaluation participative du PRAPS V en Paca dès son écriture finale.
- Assurer une stratégie économique de la mise en œuvre du PRAPS (Leviers financiers MIG, FIR, DAF).

8.3 FOCUS SUR CERTAINS PUBLICS, DISPOSITIFS ET THÉMATIQUES

8.3.1 LES PERSONNES RÉFUGIÉES ET DEMANDEURS D'ASILE

Les éléments et informations figurant ci-dessous sont extraits du Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile en région Provence-Alpes-Côte d'Azur de mai 2016 élaboré sous l'égide du SGAR.

En région Paca, région frontalière, le flux des arrivants est directement lié à la situation internationale qui conduit à une forte augmentation en 2015. Les conditions de sorties des structures d'accueil sont aussi fortement liées au manque récurrent de logements sociaux dans la région, pour lesquels 154 000 demandes sont enregistrées, soit l'équivalent des trois-quarts du parc de logements sociaux existant.

Entre le 1^{er} novembre 2015 et le 24 mars 2016, plus de 2000 demandeurs d'asile ont été accueillis par les guichets uniques des demandeurs d'asile (GUDA) de la région.

Les migrants constituent de longue date un des publics cibles du PRAPS ; depuis 2015 le démantèlement de la jungle de Calais a eu pour conséquence l'arrivée de personnes déplacées dans les CAO du 04, 05, 13 et 84.

Au mois d'octobre 2015, le ministère de l'intérieur, constatant l'importante augmentation de migrants présents dans l'arrondissement à Calais, a décidé de mettre temporairement à l'abri tout migrant qui «en manifeste le souhait et s'il renonce à son projet migratoire vers le Royaume-Uni sans que cette offre soit nécessairement conditionnée par le dépôt d'une demande d'asile» (cf. circulaire ministérielle du 23 octobre 2015).

La région Paca a mis en application ces mesures et a procédé à l'accueil de personnes dès le 28 octobre 2015, principalement dans le département des Bouches-du-Rhône.

Les sollicitations des différents préfets (à l'exception du département des Alpes-Maritimes, faisant face à une pression migratoire importante venue d'Italie) ont permis d'offrir rapidement des structures d'accueil sur le dernier trimestre 2015 dans les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes et le Var. Le Vaucluse s'est inscrit dans cette démarche en 2016.

Après un bref aperçu de l'accueil réservé, une description des profils des demandeurs d'asile et de leur situation sera exposée.

L'accueil réservé

La zone de défense et de sécurité sud a joué son rôle de coordination pour la région. Le lien a été assuré avec le département du Pas-de-Calais qui recense les volontaires et organise les départs et les territoires d'accueil.

Lors des premiers mois, il a également fallu assurer le relais sur les questions de prises en charge des personnes (sociale, conditions matérielles, financière ...) en rapportant les exigences ministérielles.

De manière générale, les places offertes dans les six CAO de Paca (annexe 7) et l'accompagnement réalisé sont plus que satisfaisants. Le panel des sites d'accueil sur la région est le suivant :

- un centre AFPA, avec des chambres équipées pour deux personnes,
- un foyer de travailleurs migrants avec des chambres équipées pour deux personnes,
- des logements sociaux avec des appartements accueillant jusqu'à six personnes,
- un centre de vacances (désormais fermé),
- une auberge de jeunesse avec des chambres de cinq personnes.

Une attention particulière a été portée par les services de l'État quant à la qualité de l'accueil. Cela explique probablement le faible taux de départs dits « secs » des sites proposés (8%).

Des projets de nouveaux CAO sont en cours de création et devraient offrir de nouvelles places dans des structures identiques. La région Paca n'est pas actuellement confrontée à des problématiques liées à des fermetures de sites dans le cadre de la saison estivale, à l'exception du département du Vaucluse.

Demandeurs d'asiles accueillis dans les CAO

Contrairement à ce qui avait été annoncé initialement, les personnes mises à l'abri n'avaient pas toutes entamé une démarche minima d'enregistrement, auprès de la préfecture du Pas-de-Calais. De plus, il a souvent été constaté des différences entre la liste établie à Calais et les enregistrements à l'arrivée.

Si les premiers accueils devaient concerner des Soudanais et Erythréens, les mises à l'abri proviennent essentiellement d'Irak, d'Iran, de Syrie, du Koweït et d'Afghanistan. Il s'agit, pour la plupart, de majeurs isolés. Quelques couples et deux familles ont été accueillis.

Très vite, les arrivées dans l'ensemble des centres ont révélé l'existence de personnes sans statut établi, de « dublinés », de migrants ne souhaitant pas forcément rester en France et refusant de demander l'asile. Cette réalité a demandé une prise en charge accrue de la part des services de l'État.

Les services de l'État ont toujours rappelé le caractère temporaire des CAO. Dans la majorité des cas, les personnes ont effectué une demande d'asile et certaines, dont la situation n'était pas établie, ont été requalifiées en « primo-demandeurs ».

Après environ cinq mois de fonctionnement, 210 personnes ont quitté Calais à destination de la région Paca dans le cadre de ces opérations.

Les centres ont atteint leurs deux objectifs et permis, à ce jour l'orientation de personnes ayant eu le statut de réfugié dans le processus d'intégration « classique ». Ainsi, ils sont environ 90 à avoir obtenu une place soit en CADA (56%), en ATSA (16%) ou dans des logements de droit commun (14%) ou en secteur hôtelier (15%).

Sur la période écoulée, à quelques exceptions près, il semblerait que la durée moyenne de séjour dans les CAO se situe aux alentours de trois mois. Le travail de tous les acteurs a permis des orientations dans de bonnes conditions et souvent de manière assez rapide.

La circulaire du 2 novembre 2015 précise que les « personnes définitivement déboutées si elles ne bénéficient pas d'un droit au séjour à un autre titre [...] fassent l'objet de mesures d'éloignement effectives ». Cette disposition ne semble pas encore avoir été appliquée.

Compte tenu de cette situation, et de l'arrivée régulière depuis lors de réfugiés dans la région, l'objectif suivant est inscrit au PRAPS :

Soutenir les interventions permettant l'accès aux droits, aux soins et à la santé des personnes réfugiées et/ ou migrantes.

8.3.2 LES PERSONNES DÉTENUES

La région Paca compte à ce jour treize établissements pénitentiaires dont une UHSI et une UHSA pour l'inter région pénitentiaire Paca-Corse.

Enjeux

- Garantir un même niveau de soins pour la population incarcérée que pour la population générale hors des murs et adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins (prise en charge des migrants, augmentation des soins dentaires, vieillissement de la population carcérale...).

- Développer une approche graduée de prise en charge selon les trois niveaux de prise en charge recommandés par le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice.
- Faire face, à moyens constants, à la surpopulation carcérale en maison d'arrêt qui peut atteindre 185% dans la région.
- Assurer la continuité des soins lors des transferts entre établissements pénitentiaires ou à la sortie de détention.
- Mettre en place le dispositif de soins adéquat à l'ouverture des nouveaux établissements pénitentiaires : 3 dans les cinq années à venir : Luynes II (2018-735 places), Draguignan (2018-504 places) et Baumettes III (720 places) et anticiper l'ouverture des établissements annoncés dans le cadre du plan encellulement individuel (Fréjus – Avignon – La Farlède et Nice).
- Poursuivre la coordination des actions de l'ARS avec celles des autres acteurs des politiques publiques intervenant dans ce champ (DISP et DIRPJJ).
- Décliner au niveau régional les orientations de la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice (Avril 2017).

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention.

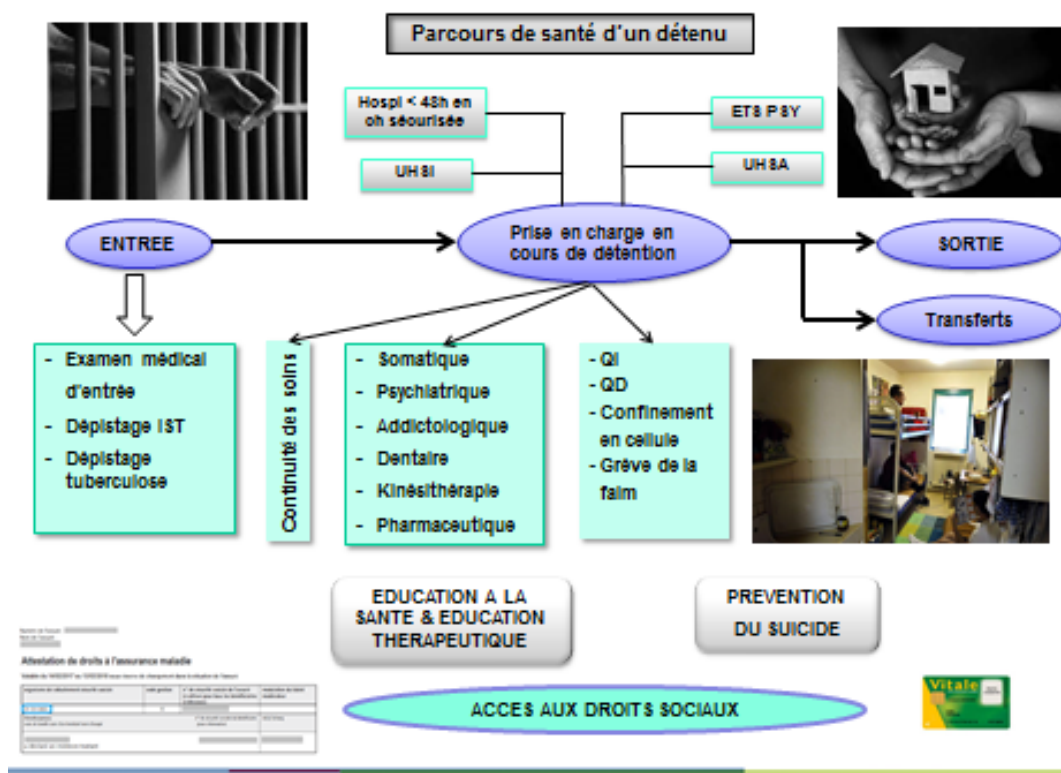
OBJECTIF 2 : Améliorer l'accès aux soins.

OBJECTIF 3 : Poursuivre l'amélioration des repérages et des dépistages.

OBJECTIF 4 : Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes détenues.

OBJECTIF 5 : Développer la promotion de la santé tout au long du parcours des personnes détenues.

OBJECTIF 6 : Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des stratégies de santé des personnes détenues en Paca.



OBJECTIF 1 : Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention

(Transfert vers un autre établissement ou sortie dans le cadre d'un aménagement de peine ou d'une levée d'écrou).

Les acteurs des soins en détention s'accordent sur l'enjeu que constitue la préparation à la sortie et le fait que c'est le point du parcours de soin qui présente le risque maximum.

- Préparation de la sortie en amont avec une anticipation des besoins dès la consultation arrivant.
- Fluidification de la circulation de l'information lors des transferts de manière sécurisée (groupe de travail à mener sur les éléments à transmettre ; recueil du consentement du patient ; utilisation de la messagerie sécurisée, du DMP, d'un logiciel commun...).
- Intégration dans les maquettes organisationnelles des USMP d'un temps d'assistante sociale pour préparer la sortie des personnes à parcours complexe en coordination avec les interventions du SPIP et des CSAPA intervenant en détention.
- Continuité des droits sociaux (mise à jour de la carte vitale ; attestation de droits ; CMU-C...).
- Mise en place d'une organisation régionale pour les soins psychiatriques et les soins généraux et s'articuler avec le dispositif DISP pour l'accès aux EHPAD.

OBJECTIF 2 : Améliorer l'accès aux soins

Consultation entrant : tendre vers l'exhaustivité

- Enjeu réglementaire pour les entrants venant de liberté et de qualité des soins pour tous.
- S'assurer que l'état de santé est évalué pour toute personne entrant en détention.

- Systématiser au niveau régional la traçabilité des consultations non effectuées, proposer une nouvelle consultation pour les personnes détenues non vues et tendre vers la proposition d'une consultation pour tout entrant y compris les transferts.
 - Cette action nécessite du temps de secrétariat (ces temps seront suivis et renforcés en fonction des besoins).
 - Evaluer de façon globale l'état de santé des personnes détenues lors de la consultation entrant pour orientation si nécessaire vers un dispositif spécialisé ; dépistage des IST et de la tuberculose, dépistage de la souffrance psychique et évaluation de l'état bucco-dentaire.
- Améliorer les pratiques de prise en charge
 - Relancer le processus de formation des équipes des unités sanitaires en matière de suicide.
 - Améliorer les pratiques en matière de circuit du médicament par l'échange sur les pratiques pour mieux coordonner les approches et la mise en place d'un groupe de travail régional sur le médicament (rythme de distribution ; prescription de benzodiazépines,...).
 - Améliorer l'accès aux soins
 - Privilégier le soin à l'unité sanitaire identifiée comme un espace sanitaire tout en faisant preuve de mobilité «aller vers» quand l'état de santé de la personne détenue le nécessite.
 - Clarifier les modalités d'intervention des unités sanitaires en commission santé.
 - Mettre en place une stratégie pour les perdus de vue : proposer une consultation annuelle à toutes les personnes détenues en longue peine (> 1 an) qui n'ont pas consulté dans l'intervalle.
 - Renforcer les plateaux techniques in situ pour diminuer les extractions.
 - Utiliser les nouvelles technologies comme la télémédecine pour mieux s'articuler avec l'extérieur.
 - Respecter les droits des patients et intégrer la famille dans la prise en charge après accord du patient
 - Développer les entretiens familiaux.
 - Réfléchir à l'application en détention de la personne de confiance et des directives anticipées.

OBJECTIF 3 : Poursuivre l'amélioration des repérages et des dépistages

- Mettre en place au niveau régional un groupe de travail sur les bonnes pratiques en matière d'IST et de tuberculose.
- Coupler les actions de réduction des risques au dépistage IST par l'information systématique du patient sur son statut sérologique et les mesures à prendre en termes de réduction des risques.

OBJECTIF 4 : Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes détenues

- Suivre les résultats des deux études financées par l'ARS Paca sur la qualité de vie des patients psychiatriques et sur la consommation de produits addictifs chez les mineurs incarcérés.
- Améliorer la qualité du recueil des données produites par les unités sanitaires (oSSD ; RIM-P ; PMSI ; addictions...) en associant les DIM des établissements impliqués dans l'objectif d'améliorer le pilotage régional et celui de chaque unité sanitaire avec une rétro-information des équipes impliquées.

OBJECTIF 5 : Développer la promotion de la santé tout au long du parcours des personnes détenues

- En développant une stratégie qui cible en particulier les mineurs et les jeunes majeurs pour profiter du temps court d'incarcération des mineurs.
- En mettant en place les actions de dépistage, de prévention (vaccinations et RDR) et d'accompagnement (consommation de produits addictifs, activité physique) afin d'améliorer à long terme la santé de ces personnes.
- En construisant les actions d'éducation à la santé qui concernent des thèmes transversaux de façon pluridisciplinaire.

OBJECTIF 6 : Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des stratégies de santé des personnes détenues en Paca

- Tenir au moins un comité de coordination annuel pour chaque établissement pénitentiaire.
- Veiller à la signature et à l'actualisation des protocoles cadre entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé intervenant en détention.
- Maintenir, par des rencontres régulières, l'interaction étroite avec la DISP (de façon générale et de manière ciblée sur la question du suicide ou de la préfiguration des nouveaux établissements) et avec la DIRPJJ (prise en charge des mineurs).

Indicateurs : indicateurs d'activité recueillis dans l'OssD

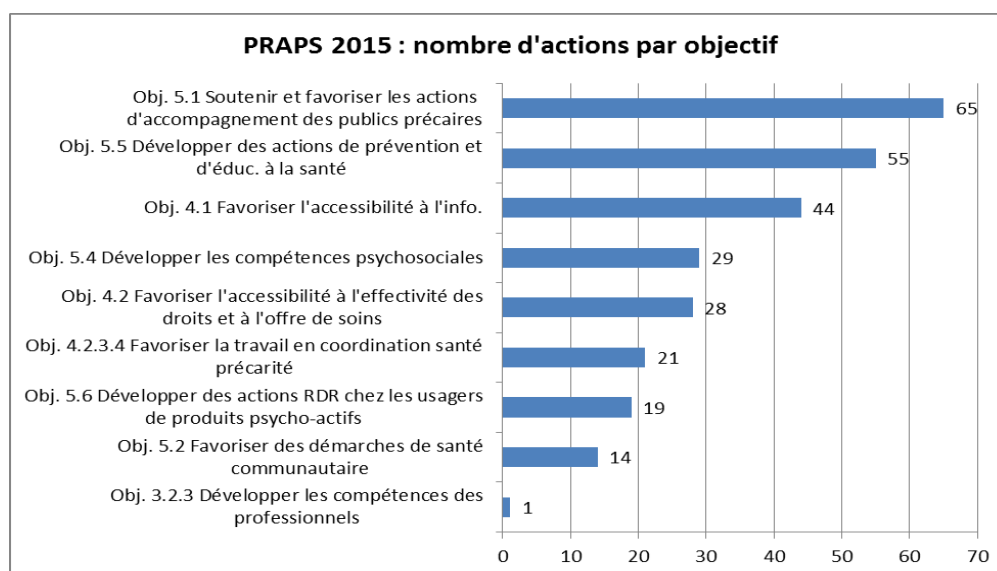
9- ANNEXES

ANNEXE 1 : BILAN DE L'APPEL A PROJETS PRAPS 2015

Structures/type d'acteurs concernés

En 2015, 142 actions ont été financées par l'ARS au titre du PRAPS pour un montant total de 3 278 814 € auxquelles il faut ajouter deux actions financées dans le cadre de l'appel à projets actions innovantes et les financements alloués dans un cadre pluriannuel à la PASS mère-enfant et à l'équipe mobile précarité santé du CHITS, soit au total 4 387 192 €.

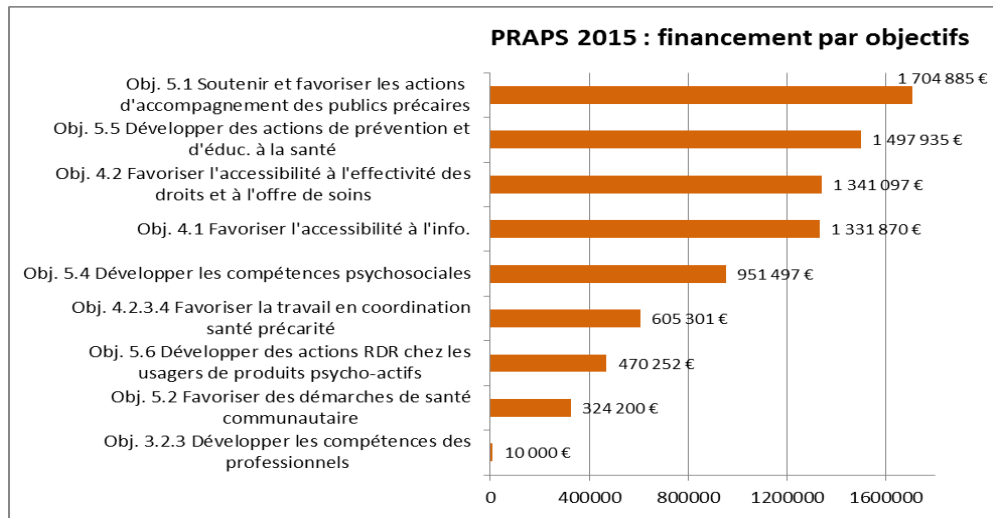
C'est l'objectif 5.1, qui est concerné par le maximum d'actions. Il vise à mettre en place des mesures d'accompagnement individualisé et de médiation (dans un projet global d'accompagnement), par des associations, des médiateurs en santé, des travailleurs pairs, pour les démarches d'accès aux droits et aux soins (visite médicale, prise de rendez-vous...) pour les publics les plus en difficulté et ayant de nombreux freins notamment psychologiques ou culturels.



Les financements mobilisés par objectif sont naturellement proportionnels au nombre d'actions. Toutefois, ce sont les actions visant l'objectif 4.2 qui sont les plus « coûteuses » : environ 48 000 euros par action alors que le coût moyen des actions visant les autres objectifs varie de 25 000 à 33 000 euros.

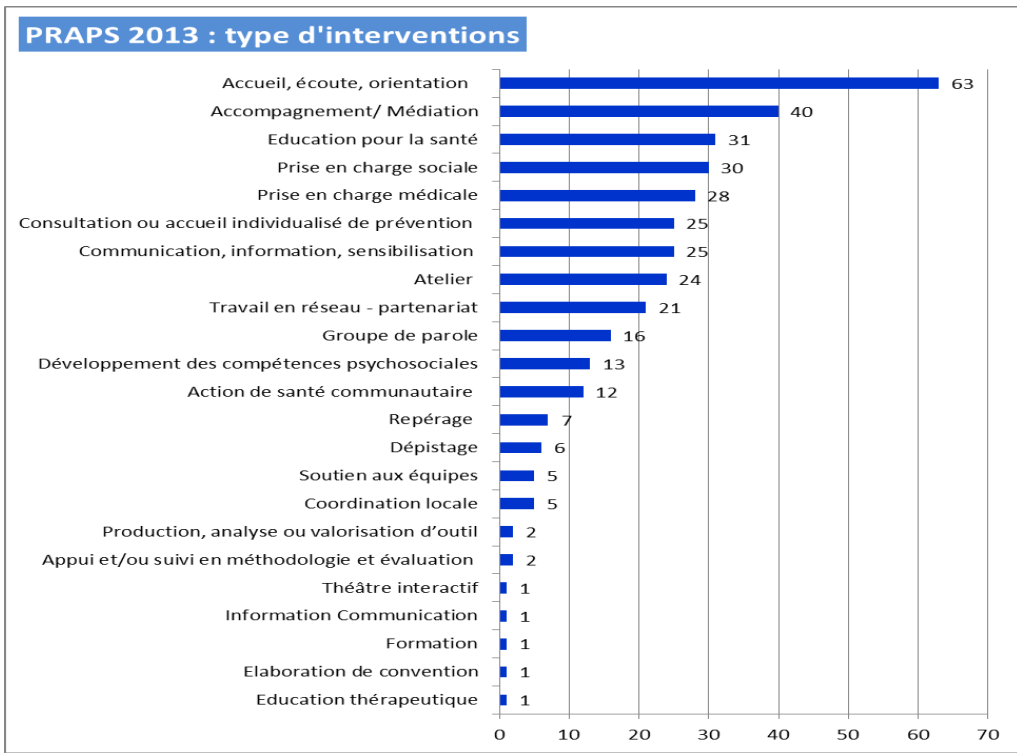
Les deux graphiques ci-contre portent uniquement sur les actions financées dans le cadre de l'appel à projets 2015, ce qui explique le très petit nombre d'actions de formation financées, ce thème n'étant pas concerné par l'appel à projets.

NB : une même action peut viser plusieurs objectifs



Une analyse plus fine avait été effectuée en 2013. Les actions s'organisent autour de deux grands axes :

Les actions qui s'inscrivent directement dans le parcours de prise en charge : outre Accueil/écoute/orientation, il s'agit des actions Accompagnement /médiation, Prise en charge médicale et sociale, consultation ou Accueil individualisé de prévention.



Les actions qui visent à apporter ou restaurer des compétences, en particulier dans le champ de la santé : Education pour la santé, Communication/information/sensibilisation, Atelier et dans une moindre mesure Groupe de parole et Développement des compétences psychosociales.

Un troisième axe, portant sur la coordination est moins développé : Travail en réseau - partenariat (21 actions), coordination locale (5 actions) et soutien aux équipes (5 actions). En 2013, ce type d'actions

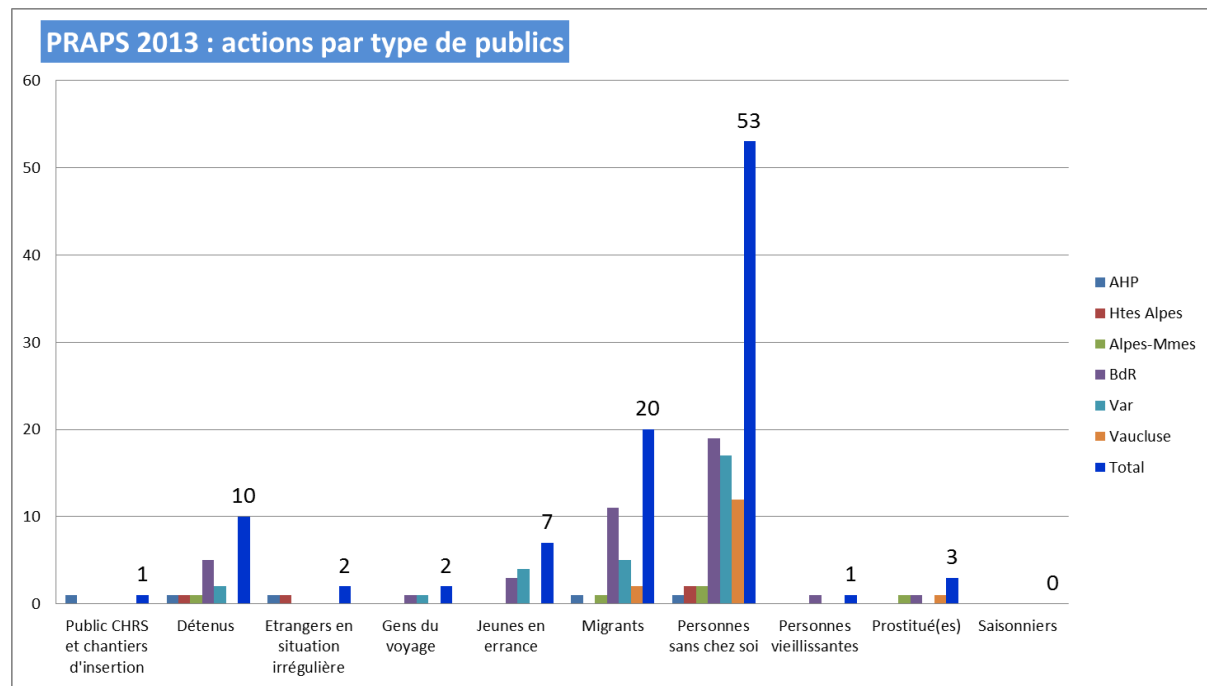
a également été financé dans le cadre du soutien aux dynamiques territoriales. Les actions de santé communautaire sont peu nombreuses (12 actions).

Les actions visent essentiellement les personnes sans chez-soi (53 actions) ce qui est tout à fait cohérent avec la finalité du programme (cf. publics visés par le programme). De nombreuses actions menées en CHRS portent sur ce public.

Les personnes migrantes, les personnes prostituées et les personnes détenues (actions exclusivement renouvelables) sont aussi des publics visés par les actions du PRAPS.

Les gens du voyage ne sont visés que par deux actions.

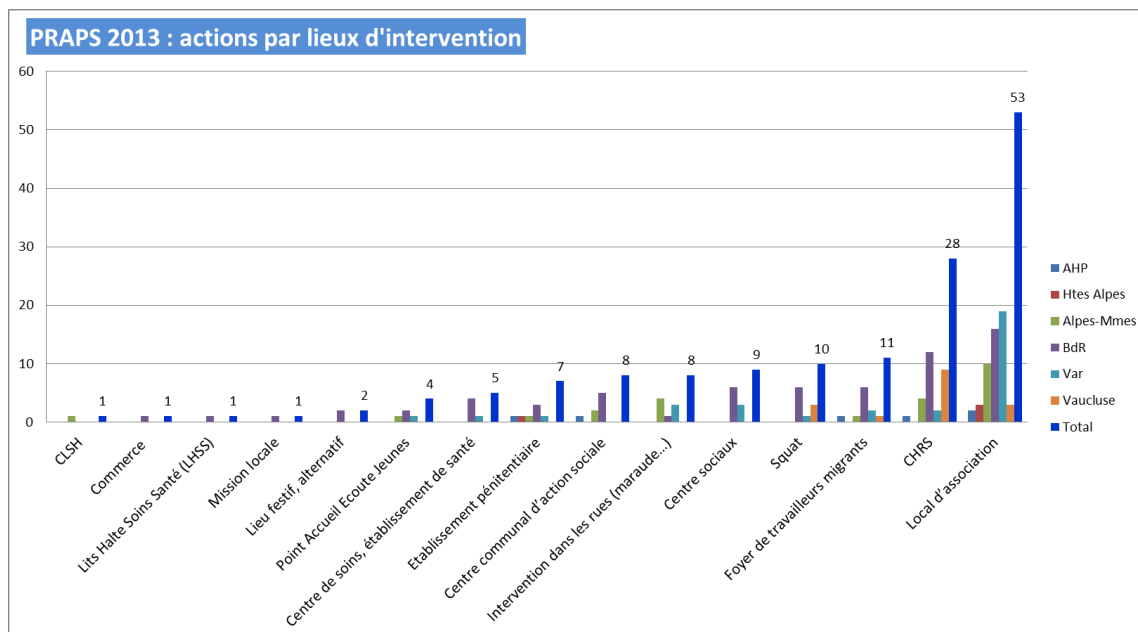
Il n'y a aucune action pour le public des travailleurs saisonniers.



Les lieux d'intervention les plus fréquents sont les locaux associatifs et les CHRS.

En fait les lieux d'intervention sont assez peu variés et correspondent très logiquement aux dispositifs ou locaux fréquentés par les publics en situation de précarité : centres sociaux, CCAS, foyers de travailleurs migrants, squats, interventions dans la rue auxquels il faut ajouter les établissements pénitentiaires.

Il serait opportun de développer davantage les actions allant au-devant des publics.



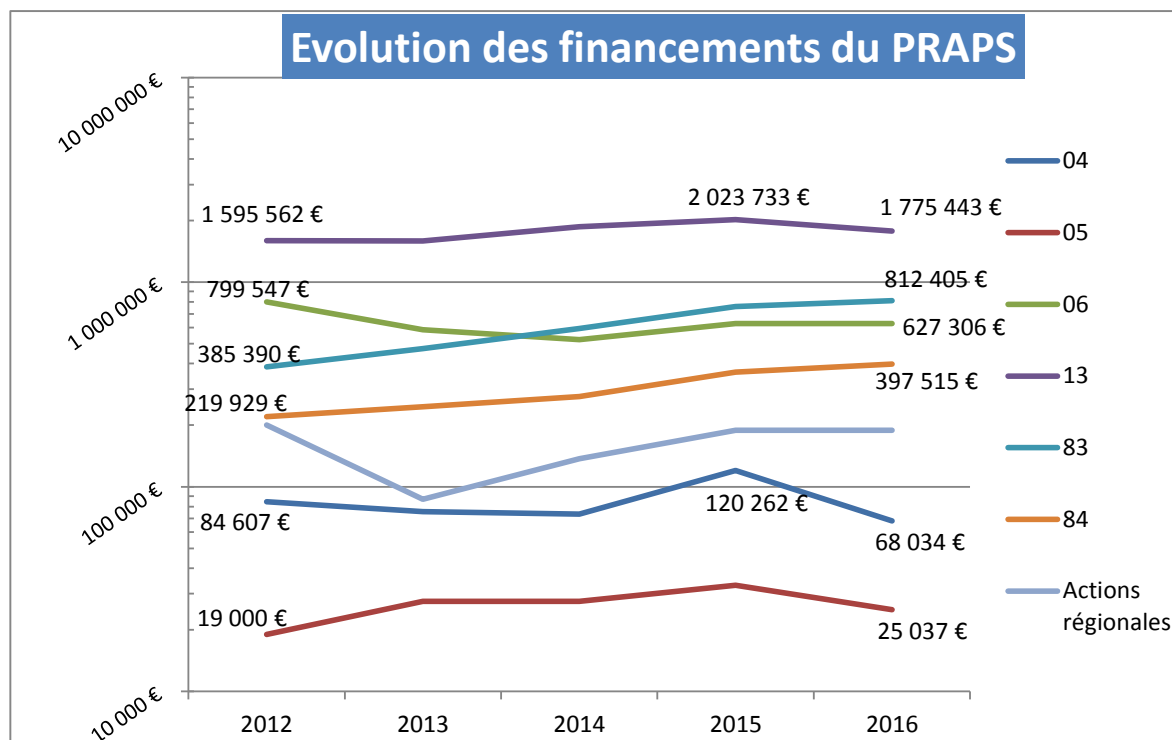
Éléments financiers

Entre 2012 et 2016, le programme a mobilisé environ 18,6 millions d'euros avec une progression régulière des financements alloués. La mobilisation des crédits FIR a permis de financer des actions d'envergure (PASS mère enfants, équipe mobile précarité santé).

Par ailleurs, une part importante des actions innovantes (13/36 actions différentes financées depuis 2009) a porté sur des actions contribuant au PRAPS, la plupart d'entre elles visant à préciser et à réduire les obstacles dans le parcours de soins des personnes les plus démunies.

Années	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nombre d'actions financées phase 1 et 2 (FIR)	140	137	138	137	124	
Nombre d'actions financées phase 3 (FIR)	2	3	9	5	8	
Nombre d'actions SDT	4	5	1	0	0	
Nombre d'actions innovantes	1	5	2	2	3	13
Montant des crédits PRAPS	3 140 704 €	2 959 984 €	2 909 429 €	3 123 614 €	2 844 688 €	14 978 419 €
SDT	74 000 €	69 189 €	15 000 €	0 €	0 €	158 189 €
FIR	53 000 €	46 473 €	617 245 €	993 078 €	1 049 666 €	2 759 462 €
Actions innovantes	50 000 €	169 647 €	115 999 €	115 300 €	290 870 €	741 816 €
Total	3 317 704 €	3 245 293 €	3 657 673 €	4 231 992 €	4 185 224 €	18 637 886 €

L'évolution par département est la suivante :



La diminution est sensible dans le département des Alpes-Maritimes (-21,5%) proportionnellement sur-doté en 2012 par rapport au Var dont les financements PRAPS se sont accrus de 110% entre 2012 et 2016. Les financements progressent également fortement dans le Vaucluse (+80%), mais cette progression est limitée par le petit nombre de porteurs potentiels de projets dans ce département.

Les baisses de financements observés dans les départements alpins et dans les Bouches-du-Rhône en 2016 sont liées à la disparition de certains promoteurs ou à l'interruption de leur financement.

Département	Financements PRAPS 2016	nombre de bénéficiaires CMU-C (CNAMTS - MSA - RSI) 2015	Crédits PRAPS/bénéficiaire de la CMU-C
Alpes-de-Haute-Provence	68 034 €	10 020	6,8 €
Hautes-Alpes	25 037 €	5 447	4,6 €
Alpes-Maritimes	627 306 €	66 817	9,4 €
Bouches-du-Rhône	1 775 443 €	227 510	7,8 €
Var	812 405 €	77 577	10,5 €
Vaucluse	397 515 €	50 602	7,9 €
Total régional	3 705 740 €	437 973	8,5 €

Si l'on rapporte les crédits alloués au nombre de bénéficiaires de la CMU-C, il apparaît que les départements alpins, les Bouches du Rhône et le Vaucluse sont sous-dotés.

On notera enfin que les financements «politique de la ville», non pris en compte ici, contribuent au financement de nombreuses actions portant sur les publics très démunis.

ANNEXE 2 : SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

Le problème

Les problèmes de santé mentale liés à des situations sociales difficiles ressortent de nombreux travaux : souffrance psychique, troubles du comportement, états dépressifs ... Ils correspondent à des troubles en rapport avec les conditions de stress et d'inquiétude rencontrées quotidiennement par les personnes en précarité et à des pathologies avérées qui pourraient être déclenchées ou révélées par ces conditions de vie²⁰. A l'inverse, les problèmes de santé mentale peuvent conduire à la précarité. Ils peuvent aussi orienter, dès l'enfance, des parcours de vie qui vont exposer à un très fort risque de précarisation : échec scolaire, faible estime de soi, emploi sous-qualifié, faibles revenus, conditions de travail pénibles.

11% des habitants de notre région appartenant à un ménage pauvre déclarent souffrir de troubles mentaux ou du comportement vs 4% pour les ménages non pauvres. Au sein de ce groupe de pathologies, la dépression est la maladie la plus déclarée. Les personnes pauvres ont un risque d'être dépressives près de trois fois supérieur à celles appartenant aux autres ménages (8% vs 3%) soit un écart plus important qu'en France (5% vs 3%). Le risque de dépression est majoré de 31% chez les femmes pauvres de Paca par rapport à celles qui sont au-dessus du seuil de pauvreté. Il est également majoré par le fait de vivre seul ou dans une famille monoparentale (qui sont constituées à près de 95% par des femmes)²¹. La part des personnes de la région ayant au moins six remboursements d'anxiolytiques-hypnotiques ou d'antipsychotiques est 1,5 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non bénéficiaires²². Le taux de personnes prises en charges pour troubles psychotiques par le régime général était en 2012 de 10,95/1000 pour les bénéficiaires de la CMU-C (<60 ans) vs 5,91 pour les non bénéficiaires (taux standardisé source CNAMTS citée par la DREES : Etat de santé de la population en France - Rapport 2015).

Parmi les personnes en situation de précarité et d'exclusion, un constat s'impose clairement. «*La sur-représentation des problématiques psychoaffectives d'une part et d'autre part leur gravité.*»²³ Ainsi, une analyse bibliographique relève que la prévalence des pathologies mentales est 4 à 5 fois plus élevée chez les personnes exclues que dans la population générale²⁴.

Les résultats de l'enquête INSEE INED effectuée en 2012 auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas indiquent ainsi que près d'un quart des adultes sans domicile déclarent être atteint de dépression. Ceci est associé à davantage d'évènements graves vécus pendant l'enfance, à une consommation d'alcool à risque, principalement chez les femmes et au fait d'avoir subi des violences ou des mauvais traitements avant l'âge de 18 ans. Près de 60% des personnes enquêtées dans ce cadre disaient s'être fait soigner au cours des 12 derniers mois²⁵. Près d'un tiers des enquêtés déclarent avoir été hospitalisé au moins une fois au cours de l'année écoulée (tous types d'hospitalisation) le plus souvent (72% des cas) en urgence. Alcoolisme ou toxicomanie représente 8,3% des différents motifs d'hospitalisation, troubles psychologiques 8% et tentatives de suicide 2%.

²⁰ Cambois E. Les personnes en situation difficile et leur santé. ONPES Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004 ; La Documentation Française ; Paris 2004 p.106-107

²¹ Saliba B., Ventelou B., Verger P. La santé des ménages pauvres en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Sud INSEE n°97 octobre 2006.

²² ORS PACA Etat de santé et inégalités en région PACA 2010 p.115

²³ Parquet P.-J. (coord.), *Souffrance psychique et exclusion sociale*. Rapport pour le Secrétariat d'état à la lutte contre la précarité et l'exclusion, septembre 2003 p. 17 de même que Cambois E. op.cit. pp.105-106

²⁴ Hassin J. *Pathologie mentale, souffrance psychique et exclusion sociale - analyse critique de la bibliographie touchant la population dans la grande exclusion* in Parquet J. op. cit. pp. 45-50

²⁵ Moisy M. *La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012*. BEH 2015 ; (36-37) : 662-70 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_2.html

Une enquête effectuée en Ile de France²⁶ en 2009 permet d'estimer à 31,5% la proportion de personnes sans logement personnel présentant au moins un trouble psychiatrique sévère : troubles psychotiques 13,2% dont 8,4% de schizophrénies (vs 1 à 2% en population générale sur la vie entière), troubles sévères de l'humeur 6,7% dont 4,5% de troubles sévères de l'humeur (vs 3,2% en population générale), troubles anxieux 12,3% dont 4,2% de stress post-traumatique (plus fréquent chez les personnes nées à l'étranger). Chez les personnes accompagnées d'enfants, les troubles psychotiques sont significativement moins fréquents (1,5%) et les troubles anxieux à l'inverse plus fréquents (20,4%). Plus d'un quart de la population (28,6%) présentait une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives : alcool 21,0% et cannabis 16,1%. Les personnes présentant des troubles psychotiques étaient plus fréquemment hébergées dans les centres bas seuil (hébergement d'urgence, LHSS, ADJ, ..) alors que la prévalence des troubles anxieux était plus élevée dans les hôtels sociaux (24,8%).

Ceci met en lumière l'inadéquation des conditions d'hébergement des malades "... les personnes sans domicile psychotiques – relevant d'un suivi qui devrait être particulièrement attentif, dans un environnement stabilisé – sont concentrées dans les structures d'hébergement les plus précaires et instables (hébergement d'urgence)".

Ces troubles interviennent par ailleurs dans le rapport aux soins et aux services de santé, du fait de leur nature même, mais aussi de l'impact qu'ils peuvent avoir sur la capacité des professionnels de proximité à tolérer certains comportements qui ont un impact sur la collectivité des usagers²⁷.

Chez les demandeurs d'asile et les réfugiés, les troubles psychiques constituent, selon le COMEDE, la pathologie la plus fréquente, avec une forte corrélation avec des violences subies²⁸.

Le débat quant à l'origine de ces troubles n'est pas tranché : pathologie préexistante, facteur étiologique majeur de la désocialisation ; lien entre une souffrance psychique consécutive aux conditions de vie en situation d'exclusion et la majoration de la désocialisation qui se renforcent l'une l'autre et dans laquelle interfèrent d'autres éléments qui peuvent trouver leur origine dès l'enfance : caractéristiques sociales familiales, carences éducatives, échec scolaire, discrimination et racisme, troubles cognitifs, ...²⁹ ; hypothèse d'une nouvelle pathologie mentale chronique spécifique aux personnes sans-abri ou en tout cas correspondant à une "psychopathologie particulière différente de celle décrite par la psychiatrie traditionnelle, pouvant se compliquer d'alcoolisme et/ou de toxicomanies"³⁰. Jean Furtos décrit le syndrome d'auto-exclusion, dont la plupart des signes vont contre l'accès aux soins, et qui consiste pour l'individu en proie à une souffrance intolérable à "...s'exclure de soi pour ne plus souffrir, sortir du désespoir, de l'agonie, de l'effondrement, de la révolte impossible".³¹

²⁶ Laporte a. et al. *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile de France : l'enquête Samenta de 2009*. BEH 2015 ; (36-37) : 693-7 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_2.html et La lettre de l'ONPES n°5 septembre 2010 pp.1-5

²⁷ Farnarier C. et al. *TREPSAM Trajectoires de soins des personnes sans-abri à Marseille*, CNRS UMI 3189. Rapport de recherche, novembre 2014. 136 p.

²⁸ Comité pour la santé des exilés *Migrants/étrangers en situation précaire – Soins et accompagnement* Guide pratique pour les professionnels. Edition 2015. 544 p.

²⁹ Cambois E. op. cit. p. 107

³⁰ il est fait référence ici à un " syndrome de l'exclusion" associant honte, désespérance et inhibition affectivo-cognitive in Haut Comité de la Santé Publique *Les inégalités et disparités en France* La Santé en France, janvier 2002 p. 222

³¹ Furtos J. Le syndrome d'auto-exclusion. *Rhizome* n°9. Septembre 2002 p. 15

Les déterminants

Le public visé ici est celui des personnes sans domicile.

Les déterminants sont envisagés comme autant d'éléments influençant leur parcours de soins et présentés dans le cadre logique suisse³².

Ils sont reproduits sur le tableau ci-après. Ils sont issus des travaux de PRAPS précédents, de certains bilans associatifs (COMEDE, MDM notamment) et du rapport *Souffrance psychique et exclusion sociale* déjà cités.

Activités	Facteurs influençant les déterminants	Déterminants
<p><u>Développement d'offre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Manque d'équipes mobiles psy. précarité ou moyens insuffisants. ·PASS psy. à renforcer. ·Nécessité de développer des interventions de psychologues ou autres professionnels psy dans les structures d'accueil et d'hébergement. ·Manque structures type résidences accueil et plus généralement de solutions post-hospitalisations. ·Accessibilité des CMP pour les publics sans chez-soi. ·Nécessité de développer la RDR alcool dans les structures d'accueil et d'hébergement.. ·Formation des personnels des structures d'accueil et d'hébergement insuffisante. ·Recours à l'interprétariat. 	<p><u>Offre de prévention et de soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Les états dépressifs des personnes les plus démunies sont globalement sous-estimés et rarement pris en charge. ·PEC mal initiée, mal conduite, inadaptée aux patients, nécessaire dans un travail mené dans la rue. Parfois exclusion active de certains patients par la psychiatrie ·Troubles mentaux remodelés par les modes de vie de la précarité et de l'exclusion. ·Difficulté des soignants en psychiatrie à comprendre les codes culturels des migrants ·Orientation et PEC de ces patients difficiles ·Situations de crise mal anticipées ·Rôle des soignés dans leur prise en charge pas assez développé 	<p><u>Environnement physique et réglementaire favorable à la santé</u></p>
<p><u>Collaboration entre organismes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Liens secteur social avec CMP et le secteur "psy." en général : méconnaissance réciproque, déficit réciproque de références théoriques, de connaissance des pratiques et des dispositifs, pas de connaissance du parcours psy. antérieur de la personne accueillie - Opposition inadéquate du secret professionnel à l'égard des traitements en cours. 	<p><u>Stratégie de promotion de la santé dans les institutions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Discontinuité entre intervenants de santé et travailleurs sociaux. ·Passerelles insuffisantes entre professionnels sociaux et secteur psy. pour améliorer PEC et la rendre plus globale (suivi médico-social). 	<p><u>Environnement social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Stigmatisation du public. ·Le système de soin est inadapté aux besoins des personnes en grande précarité et présentant des troubles psychiques.
<p><u>Mobilisation sociale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Capacité des équipes sociales à identifier les troubles mentaux insuffisante ou acquise sur le tas. ·Souffrance psychique des acteurs. ·Demandes des acteurs sociaux pour des prises en charge psychiatriques pas assez crédibles. ·Besoin d'intervention directe auprès des équipes socio-éducatives autour des situations à dominante psychique notamment en cas de crise aiguë. 	<p><u>Potentiel social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Besoin de supervision des équipes socio-éducatives ·Besoin de formation des travailleurs sociaux et des acteurs de la santé mentale. 	<p><u>Comportements individuels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Soins arrêtés par le patient. ·Refus de soins. ·Addictions ou conso. De substances psychoactives.
<p><u>Compétences personnelles</u></p>	<p><u>Compétences individuelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ·Invalidation sociale. ·Rupture de la plupart des liens (sociaux, familiaux, professionnels, sentimentaux...). ·Absence, sidération ou débordement des compétences et habiletés psychosociales. ·Barrière de la langue, difficultés culturelles. ·Carences éducatives, faible niveau scolaire, ... 	

³² Promotion Santé Suisse. <https://promotionsante.ch/public-health/bases-de-la-promotion-de-la-sante-et-de-la-prevention/impact/categorisation-des-resultats.html>

Les déterminants sont liés principalement aux facteurs suivants :

- sous-estimation des troubles des personnes les plus démunies ;
- prises en charge mal conduites ou inadaptées aux patients ;
- discontinuité entre intervenants de santé et travailleurs sociaux ;
- manque ou insuffisance de moyens de certains dispositifs (équipes mobiles psy-précarité, PASS de psychiatrie, ensemble des structures d'aval à une hospitalisation) ;
- accessibilité insuffisante des CMP ;
- besoins de formation des équipes ;
- besoins de formation des travailleurs sociaux ;
- besoin de supervision des équipes socio-éducatives ;
- invalidation sociale des personnes concernées ;
- barrière de la langue, difficultés culturelles.



Public visé

Le public visé ici est celui des personnes en errance ou prises en charge dans les structures d'accueil et d'hébergement. La prévention est donc à envisager avant tout comme une prévention secondaire : repérage et diagnostic des troubles, repérage des risques de situations de crise, et comme une prévention tertiaire avec un important travail à développer ici sur les ressources et les compétences des personnes concernées et leur réinsertion sociale. Le nombre de personnes sans domicile était évalué à au moins 141 500 personnes en France métropolitaine en 2012³³ (en augmentation de près de 50% par rapport à 2001).

Les seules données récentes disponibles pour la région Paca portent sur la ville de Marseille³⁴ : 12 648 personnes, dont 580 mineurs se sont retrouvées à un moment donné dans la situation d'être « sans-abri » à Marseille pendant l'année 2011, en ayant recours à une structure d'accueil à bas seuil d'exigence pour personnes sans-abri.

Pour adapter les interventions nécessaires, au-delà des réflexions sur la causalité, il est possible d'individualiser différentes situations correspondant d'une part, à des troubles mentaux caractérisés et, d'autre part à la souffrance psychique³⁵ :

³³ Source INSEE INED : Enquête sans domicile 2012 (enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas) https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/23198/version.imprimable.sans.domicile.france.fr.pdf

³⁴ Bazus C., Daguzan A. sous la direction de Roland Sambuc *Projet « Accès aux soins des personnes sans-abri à Marseille » Evaluation quantitative du nombre de personnes sans-abri sur Marseille en 2011.* 97 p.

³⁵ Les éléments figurant dans le tableau ci-après sont repris de Parquet P.J. op. cit. pp 17-24



Troubles mentaux caractérisés antérieurs	-psychoses -pathologies de la personnalité -troubles de la conduite et des comportements -pathologies addictives Nb importance des déficits intellectuels.	Pathologies mentales antérieurement identifiées	- pec mal initiée, mal conduites, inadaptées aux patients - soins arrêtés par le patient Nb : l'importance de l'invalidation sociale entraînée par les troubles mentaux n'est pas toujours perçue	Objectifs - analyser histoire du projet thérapeutique, - apprécier sa pertinence, renouer avec le soin. Rôle de l'équipe sociale : - réduire impact précarité et exclusion en ce qu'elles gênent projet thérapeutique, - aider équipe de santé mentale à adapter leur mode de pec
		Pathologies mentales pas antérieurement identifiées	Pauvreté précarité exclusion sont les conséquences des désavantages... produits par les troubles psychopathologiques.	Objectifs - reconnaître les troubles mentaux derrière le masque de l'exclusion et de la précarité - construire un projet thérapeutique soutenu par l'ensemble des acteurs après l'avoir organisé ensemble - réduire les empêchements au projet thérapeutique par des mesures ayant trait soit à la santé mentale soit à l'exclusion
Troubles mentaux induits par l'exclusion et la précarité	Etats psychotiques rarement induits par précarité. Sont concernés sinon ~tous types de troubles mentaux avec des aspects cliniques particuliers : comportements antisociaux et hétéro-agressifs, comportements auto-agressifs, conduites addictives, importance des états dépressifs.		Les troubles affectifs et les états dépressifs sont globalement sous-estimés et rarement pris en charge	Objectifs - identifier ces troubles mentaux. - agir conjointement dans les champs santé mentale et social. - identifier dispositif pec le plus approprié. - poser objectifs, compétences et missions de chacun. - point régulier en interdisciplinarité dans cadre "analyse des pratiques".
Souffrance psychique	<u>Description :</u> C'est l'ensemble des manifestations qui conduit au diagnostic, le degré d'invalidation sociale représente le meilleur critère.		Facteurs de vulnérabilité apparaissant dès la première enfance ; c'est très à distance que la prévention de la souffrance psychique est à mettre en place.	Si souffrance psychique est le débordement des mécanismes d'adaptation et de défense, il faut : - analyser compétences antérieures et aider à les réactiver. - alléger difficultés existentielles. - assurer soutien et accompagnement adéquats, personnalisés inscrits dans la durée. - créer relation d'aide non invasive. - restaurer les affiliations et le lien social.
	<u>Explication :</u> Souffrance psy. Survient lorsque les mécanismes d'adaptation et de défense du sujet sont dépassés, lorsque les habiletés sociales du sujet sont mises à mal. Fragilisation du sujet par des antécédents de situations traumatiques antérieures semblant avoir été surmontées.		Facteurs de protection : correspondent à compétences antérieurement présentes ; ils doivent être réactivés.	- si souffrance psychique perçue comme résultat du mode de vie lié à l'exclusion et la précarité : - mettre en œuvre mesures et aides socio-économiques visant à alléger et à réduire exclusion et précarité ; poursuivre par une prise en charge de la trace douloureuse de cette période. - si combinaison des deux : nécessité d'une aide permanente.

S'agissant de la prévention primaire de la souffrance psychique, il apparaît que les actions à mener doivent s'appuyer sur un ensemble d'actions concertées dont la plupart se situent en dehors du PRAPS. Un axe de travail à développer dans le PRS pourrait concerner les enfants³⁶ et les adolescents en concertation entre différents programmes.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET INTERMÉDIAIRES

L'existant

Le PRAPS IV comportait plusieurs objectifs portant sur la santé mentale.

OBJECTIF 1 : Développer les compétences des professionnels.

OBJECTIF 2 : Améliorer la prise en charge ambulatoire et hospitalière dans le cadre du parcours de soins.

OBJECTIF 3 : Favoriser le travail en réseau santé précarité.

OBJECTIF 4 : Agir au plus près des publics.

OBJECTIF 1 : DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS

Développer les compétences des intervenants auprès des populations démunies, aux différents dispositifs d'accès aux droits et aux soins, à l'aide au repérage et à l'orientation vers les dispositifs existants (addictions, souffrance psychique..) et former les intervenants de la rue avec la participation des EMPP et l'implication des pairs.

Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé et sociaux dans les services publics, y compris des services pénitentiaires.

OBJECTIF 2 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE ET HOSPITALIÈRE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS

Inscrire la politique de lutte contre la précarité dans le projet d'établissement des établissements de santé : les établissements veilleront en particulier à définir des protocoles d'accueil et de prise en charge et de continuité des soins, en sortie d'hospitalisation pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMU-C).

Favoriser l'accès aux soins psychiatriques et favoriser la continuité des soins en priorité, pour les personnes «sans chez-soi», et les demandeurs d'asile (victimes de stress post traumatiques).

Redonner au Centre Médico-Psychologique (CMP) sa vocation de structure pivot, point d'entrée du soin psychiatrique. Renforcer le lien avec les professionnels de santé libéraux. Veiller à ce que les équipes mobiles interviennent au plus près du patient, dans son milieu de vie (domicile, rue, CHRS....) ce qui permet d'éviter l'hospitalisation (lien avec le SROS Psychiatrie).

OBJECTIF 3 : FAVORISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU SANTÉ PRÉCARITÉ

Soutenir et développer la création de réseaux santé-précarité en priorité pour les personnes sans chez-soi. Ils devront veiller en particulier à éviter les ruptures de soins notamment au décours d'une hospitalisation (soins somatiques ou psychiatriques), l'objectif étant d'éviter que les personnes malades en situation précaire se retrouvent à la rue.

Soutenir des initiatives visant à renforcer le lien santé social.

³⁶ "Les mécanismes de défense et d'adaptation se mettent en place lors du développement de la personnalité. C'est dans les failles de cette construction de la personnalité depuis la première enfance que s'inscrit la plus grande probabilité de survenue de la souffrance psychique. C'est sur cette constatation que des politiques de prévention très à distance peuvent être mises en place". in Parquet P.J. op. cit. pp 20

OBJECTIF 4 : AGIR AU PLUS PRES DES PUBLICS

Aller au-devant des populations les plus éloignées en s'assurant d'une répartition équilibrée sur les territoires des EMPP et en entendant leur mission au volet somatique.

Agir dans les lieux d'accueil des populations cibles (PASS, CSAPA, CAARUD, CHRS, LHSS, Foyers de travailleurs migrants, centres de santé, squats, rue, associations...).

Le tableau en annexe présente par département les principales actions financées sur ce thème par le PRAPS en 2014/2015.

Ces actions correspondent aux types suivants :

- Equipes mobiles ou participation à des dispositifs allant vers les publics : 6 actions (06, 13, 83 et 84).
- Réseaux santé précarité ou coordinations visant la santé mentale : 6 actions (13, 83 et 84).
- Lieux d'écoute, d'orientation et d'accompagnement : 11 actions (06, 13, 83 et 84). Ces actions peuvent aussi viser la restauration de l'estime de soi ; elles sont d'un grand intérêt dans la mesure où elles sont menées dans une démarche d'ensemble visant à favoriser plus globalement l'accès aux droits et aux soins et où elles s'articulent avec les autres dispositifs locaux (sanitaires et/ou sociaux).
- Actions spécifiques en direction des migrants et des demandeurs d'asile : 3 actions (04, 05, 13).
- Actions spécifiques en direction des détenus : 3 actions (05, 06, 83).
- Formations : 2 actions (13).

Le PRAPS intervient en visant à créer les conditions d'un travail en partenariat ou, selon les territoires, d'un réel travail en réseau et en soutenant le travail visant à aller au-devant des publics concernés là où ils se trouvent et à accompagner ces publics vers les prises en charge appropriées, à partir d'un premier temps d'écoute.

Les dispositifs spécifiques existants

Les PASS de psychiatrie

Elles ont été mises en place depuis 2010. Elles prennent en charge les personnes en situation de précarité, sans couverture maladie ou dans l'incapacité de faire valoir leurs droits, présentant des troubles somatiques et rencontrant des difficultés d'accès aux soins du fait de souffrances psychologiques ou psychiatriques.

Elle propose des consultations de médecine générale, entretiens infirmiers et sociaux.

Notre région comporte quatre PASS de psychiatrie.

FA PASS Psy	2012	2013	2014	2015
CH Buech Durance	305	314	347	411
CH Montperrin	73	85	109	131
CH Edouard Toulouse	66	97	129	151
PASS Psy CHITS	189	NC	406	397
Total	633	496	991	1090

Les PASS psy des CH Edouard Toulouse et Montperrin ont un mode de fonctionnement conforme au cahier des charges (cf. annexe 1 de la circulaire du 29 mai 2009).

La PASS psy du CHITS fonctionne plus comme une PASS sociale en psychiatrie, sans temps de médecin généraliste.

La PASS du Centre Hospitalier Buech Durance préexistait à l'appel à projets 2009.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité

Notre région compte plusieurs EMPP : Marseille (2), Aix-en-Provence, Martigues, Toulon La Seyne, Cannes/Grasse et Nice.

Les mesures envisagées dans le cadre du PRAPS V visent logiquement à améliorer l'accès à la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques. Six aspects sont en particulier proposés :

- le soutien au développement des actions visant à aller au-devant des publics y compris dans la rue ;
- le développement de projets thérapeutiques prenant en compte la composante sociale de la situation des personnes dans le cadre d'un travail pluri-partenarial ;
- l'appui aux équipes sociales ;
- l'accompagnement des personnes et la prise en compte de leurs spécificités culturelles ;
- l'objectif de restauration ou au moins d'amélioration des compétences sociales des personnes concernées ;
- le développement des approches s'appuyant sur le concept de rétablissement en santé mentale.

La plupart des mesures proposées repose sur l'engagement des structures prenant en charge les personnes les plus démunies.



Numéro demande ARS	Nom demandeur	Programme	Objectifs Opérationnels	Dépt Ou Région	Intitulé du projet
20140028	OSIRIS	PRAPS	4.2 et 4.2.3.2	04, 13	Soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique
20140038	France Terre d'Asile	PRAPS	5.1.1, 5.4 et 5.5	05	Accompagner les demandeurs d'asile dans leurs démarches d'accès aux soins et aux droits (GAP)
20140042	CODES 05	PRAPS	5.5	05	Ateliers santé en milieu carcéral
20140026	Mutualité française PACA - SSAM	PRAPS	4.2.3.2	06	Souffrance psychique et précarité
20140040	ALFAMIF	PRAPS	4.2.3.2 et 5.4	06	Antenne d'écoute et de suivis psychologiques
20150332	Association Hospitalière Sainte Marie	PRAPS	5.4	06	Préparation à la sortie des détenus ayant des problèmes d'addiction et/ des troubles du comportement
20140030	Maison de la jeune fille - Centre Jane Pannier	PRAPS	4.1, 4.2, 5.2, 5.4, 5.5 et 5.6	13	intervention d'une infirmière, d'une psychologue et l'animation d'ateliers interactifs
20140062	EFI	PRAPS	4.2.3.2 et 4.2.3.4	13	Réseau de proximité "souffrance psychique et précarité" Aubagne
20140063	Fondation Saint Jean de Dieu CHRIS Forbin	PRAPS	4.1, 4.2, 4.2.3.4 et 5.1.2	13	Plateforme d'accès aux soins et de continuité du soin pour les personnes sans chez-soi
20140064	IFAC PROVENCE	PRAPS	4A	13	Point Ecoute Santé PRAPS
20140176	Croix-Rouge Française	PRAPS		13	Affiliation et réaffiliation avec les soins psychiatriques
20150185	IMAJE Santé	PRAPS	3.2.3	13	Consultations transculturelles, sensibilisation et formation à l'approche transculturelle
20140327	CH Valvert	PRAPS	4.2.3.2 et 4.2.3.4	13	Coordination de l'accès à la psychiatrie ambulatoire des personnes sans chez-soi
20140341	SARA GHU	PRAPS	2.2, 4.1.1 et 5.1.1	13	Equipe mobile médicalisée auprès des sans domicile fixe en refus d'hébergement
20140352	CCAS de Tarascon	PRAPS	5.1	13	Intervention d'un psychologue afin de lever les freins à l'emploi des personnes en souffrance psychique
20140393	APORS	PRAPS	3.2.3	13	" Du psychique au concret..." Cycle de sensibilisation et d'information "souffrance psychique et précarité"
20140400	ATOL	PRAPS	5.1	13	Mise en place de permanences régulières, sur différents lieux du territoire dans lesquels interviennent les partenaires de l'insertion, d'une professionnelle psychologue, au service des personnes démunies, en fragilité psychologique, dans le cadre de leur accompagnement
20140035	AXIS	PRAPS	4.1.2	83	Groupes de paroles en milieu carcéral
20140041	Les amis de Paola	PRAPS	5.1.1, 5.1.2 et 5.4	83	Prendre en charge les personnes en souffrance psychique ou souffrant de troubles psychiatriques
20140184	PROMO SOINS TOULON	PRAPS	3.2.3, 4.1, 4.2.3.2 et 4.2.3.4	83	Interface psychiatrique Siloe
20140185	PROMO SOINS TOULON	PRAPS	4.1.1, 4.2.3.2, 5.1.1, 5.1, 5.2, 5.4 et 5.5	83	Action médico-sociale : espace Mirabeau
20140065	HAS (Habitat Alternatif Social)	PRAPS	5.1	84	Accroche aux soins et continuité des soins
20140066	HAS	PRAPS	4.2.3.4	84	Equipe Mobile Santé/ Social
20140177	CH Montfavet	PRAPS	4.2.3.4	84	Développement de l'action de l'équipe "Santé précarité"
20140381	Croix-Rouge Française	PRAPS	5.4	84	Groupe de parole

ANNEXE 3 : SUICIDE EN PRISON

Données chiffrées

Au niveau de la France entière, le nombre de suicide de personnes écrouées est passé de 102 en 2009 à 89 en 2016 après une tendance à la baisse jusqu'en 2014 puis une forte hausse en 2015. La grande majorité des suicides a lieu en détention pour des personnes écrouées hébergées.

Le bilan s'inscrit dans un contexte d'augmentation progressive de la population moyenne écrouée au cours de la période de référence puisque celle-ci est passée de 67412 en 2009 à 79048 en 2016.

En région Paca, le nombre de suicides est passé de 11 à 13 entre 2009 et 2016 avec un pic à 20 suicides en 2015.

L'année 2015 a été marquée par une recrudescence du nombre de suicides en détention dans notre région : 20 personnes se sont donné la mort portant le taux de suicide en détention à 25,3 pour 10 000 détenus soit une augmentation très importante par rapport à l'année 2014 (11,2 pour 10 000 détenus) mais également par comparaison au niveau national (14,75 pour 100 000).

Le taux de suicide en détention a fluctué depuis le milieu du XIX siècle selon l'INED avec le taux le plus faible observé en 1946 (1,4 suicide pour 10 000 personnes écrouées) et le taux le plus élevé observé en 1996 (26 suicides pour 10 000). Avec le taux de 25,3 en 2015, la région Paca se rapproche donc du taux le plus élevé jamais observé et ce malgré le plan de prévention du suicide en détention mis en œuvre par l'administration pénitentiaire et le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 qui comprenait un volet pour le milieu carcéral.

Données chiffrées sur les suicides en détention (données ministère de la Justice et DISP)

	2013	2014	2015
FR entière – Nombre de suicides en détention*	97	94	113
Nombre de détenus** écroués au 1 ^{er} janvier de l'année en cours	75193	66270	76601
Taux/10 000	12,9	14	14,75
Paca – Nombre de suicides en détention*	12	9	20
Nombre de détenus écroués au 1 ^{er} janvier de l'année en cours	8815	8011	7901
Taux/10 000	13,6	11,2	25,3

* Les suicides comptabilisés sous "passage à l'acte en détention" correspondent à l'addition des deux colonnes suivantes: total des suicides avec décès en détention + total des suicides avec décès en l'hôpital suite à un passage à l'acte en détention. Lors du passage à l'acte, le détenu était placé sous la garde effective de l'administration pénitentiaire, car sous écrou et hébergé. Les données chiffrées ont été fournies par la DISP

** Nombre de détenus – données chiffrées du ministère de la Justice – Par souci de simplification la population carcérale au 1^{er} janvier de l'année n a été considérée comme équivalente à celle du 31 décembre de l'année n-1 et est prise comme donnée de référence en tant que dénominateur dans le calcul du taux.

Données qualitatives

Le lieu privilégié de passage à l'acte suicidaire est la cellule, il représente en 2016, 54% des suicides. Dans 18% des situations, la personne détenue était doublée et dans 38% de ces cas, le codétenu était absent. Ainsi, même doublée en cellule, la personne détenue en souffrance profite des absences de son codétenu pour passer à l'acte. Dans les autres cas où il est doublé, il passe à l'acte essentiellement la nuit lorsque le codétenu dort.

D'autres lieux demeurent sensibles comme le quartier disciplinaire ou le quartier arrivants, avec respectivement 15 et 12 décès par suicide recensés. En 2016, on note une augmentation du nombre de suicide au QI (8) par rapport à l'année 2015 (3) sur la période de référence. Cette année un décès par suicide est survenu au sein d'un atelier.

Environ 54% des suicides en détention surviennent en cellule et 43% des décès ont lieu dans des quartiers sensibles (arrivants, disciplinaire, isolement, SMPR).

17% des passages à l'acte se sont produits à moins ou à 10 jours de l'incarcération à l'établissement, 22% et 36% respectivement à 30 et 90 jours.

Les maisons et quartiers d'arrêt sont les types d'établissement les plus touchés.

L'âge moyen de décès est de 36 ans. 17 personnes de moins de 25 ans se sont tout de même donné la mort. La proportion d'hommes est de 95%.

Pour faire face à cette situation, la direction interrégionale des services pénitentiaires a mis en place un comité de pilotage interrégional pour la prévention en milieu carcéral qui associe l'ARS et le SMPR des Baumettes.

Afin de contribuer aux actions régionales de prévention, l'ARS mène un certain nombre d'actions :

- l'ARS a lancé une enquête un jour donné afin d'évaluer le nombre de personnes formées à la prévention du suicide (formation dite «Terra») au sein des unités sanitaires. Cette enquête a révélé que seulement un tiers des personnels de santé étaient formés à la prévention du suicide ;
- l'ARS a renforcé son implication dans les débriefings individuels organisés par la DISP autour des cas de suicides, débriefings auxquels elle est représentée et demande à ce qu'un membre de l'équipe de soins soit présent systématiquement à ces débriefings, leur connaissance de la personne détenue et des conditions de sa prise en charge sanitaire étant irremplaçables.

Par ailleurs, les unités sanitaires sont sollicitées dans leurs domaines de compétence pour :

- la coordination de tous les acteurs et les modalités d'échange d'informations dans le respect du secret médical qui ont une importance cruciale en matière de prévention. L'objectif pour l'unité sanitaire est de transmettre, en toute confiance, des informations utiles sur le risque que présente une personne détenue pour elle-même ou pour autrui. Ces informations peuvent être transmises lors de la participation en commission pluridisciplinaire unique (CPU) ou en dehors de la CPU, si la qualité de la prise en charge de la personne détenue n'en est pas affectée. Les personnels de santé sont en mesure d'identifier ce qui peut et doit être communiqué dans le respect du secret médical.
- la mise en place d'une formalisation avec la direction de l'établissement pénitentiaire du dispositif d'annonce auprès de la famille de la personne qui s'est suicidée en précisant quelle place est réservée aux soignants qui l'ont pris en charge.
- l'organisation, après chaque suicide, d'une séance de supervision des équipes afin de limiter les risques psychosociaux fréquents autour de ce type d'événement.

ANNEXE 4 : BILAN ET ANALYSE DU FONCTIONNEMENT DES PASS

Ce document a pour objet la présentation, par grands thèmes, des freins rencontrés dans l'exercice de la mission PASS en secteur Paca et des pistes d'amélioration (non exhaustives) qui pourraient être proposées³⁷.

Fonctionnement et organisation des PASS

Visibilité générale des PASS

Un annuaire des référents des PASS de Paca a été réalisé par les coordinations régionales. Cet annuaire est actuellement sous format d'un tableau Excel, il montre la nécessité de renforcer les postes de référents médicaux au sein des PASS.

Au sein des établissements porteurs de PASS, la signalétique s'est globalement améliorée mais doit encore être facilitée.

L'accueil des personnes précaires, leur repérage et leur orientation notamment au niveau des bureaux des entrées des hôpitaux et des services des urgences est cependant à renforcer.

Ces éléments doivent être mis en œuvre en tenant compte du portage et de l'articulation de la mission PASS en intra et extra hospitalier (cf. chapitre ci-dessous).

Pistes d'amélioration

- Signalétique et accessibilité interne à améliorer,
- Mise en service d'un site internet PASS Paca avec accès à l'annuaire des référents des PASS de Paca,
- Harmonisation des procédures de repérage et d'orientation vers les PASS³⁸,
- Partage d'un logo unique.

Inclusion PASS et comptabilisation de la «File active»

Les profils des patients ayant recours aux PASS varient selon les sites. L'inclusion des patients dans la file active «PASS» dépend en effet des territoires, des spécificités de la précarité des populations, des réponses apportées par les acteurs institutionnels et associatifs locaux mais également du niveau d'activité de la PASS.

Le mode de comptabilité de la «file active» est un enjeu essentiel pour les PASS car il conditionne en partie les financements alloués. Des précisions sur l'inclusion des patients sont fréquemment demandées par les acteurs des PASS et leurs partenaires. L'inclusion des patients hospitalisés est parfois avancée sur certains sites, cette pratique fait débat entre les acteurs.

On peut, par ailleurs, mettre en évidence les points suivants :

- certaines PASS déplorent ne pas être dotées des financements attendus au regard de leur FA (cf. éléments de la circulaire).
- La saturation de certaines cellules PASS ne permettent pas ou difficilement d'accueillir de manière fluide et rapide les nouveaux patients (notamment pour les PASS de Marseille et de Gap).
- le temps de coordination, de mobilisation multidisciplinaire autour d'un patient est difficile à valoriser. Les personnes accueillies en PASS présentent des situations de vie de plus en plus complexes. Le travail de coordination du réseau interne et externe est essentiel pour répondre convenablement aux problématiques et besoins de soins des personnes précaires.

³⁷ Document présentant les freins repérés et les pistes d'amélioration imaginées pour l'exercice de la mission PASS. Réalisé grâce aux témoignages que nous avons pu recueillir auprès des professionnels des PASS de PACA et a bénéficié de modifications/ajouts au cours du mois écoulé.
Document généraliste ne tient donc pas compte des spécificités et/ou particularités (PASS Psy, PASS ME notamment).
Rédaction : Dr Tardieu Pierre-Marie et Muriel Schwartz, coordinateurs PASS PACA

Pistes d'amélioration

- Précisions à effectuer sur l'inclusion des patients PASS, rappel des éléments de référence³⁹.
- Déploiement d'un support informatisé commun renseignant de l'activité des PASS de Paca dont les indicateurs sont collectivement définis («Terminal PASS⁴⁰» ORU Paca).
- Développement du temps consacré au travail en réseau interne et externe.

Portage et articulation de la mission PASS

L'exercice de la mission PASS repose nécessairement sur les éléments suivants :

- une prise en charge hospitalière multi/transdisciplinaire articulée.

Les témoignages des professionnels des PASS dans la synergie des interventions médico-sociales mettent en évidence les difficultés suivantes :

- Référence médicale PASS : quelque fois absente, parfois floue ou encore peu disponible (particulièrement pour les PASS dites «transversales») et, dès lors qu'elle est établie, elle est souvent insuffisante et/ou non valorisée financièrement.
- Manque de moyens (humains et financiers) : Les PASS à forte file active atteignent un niveau de saturation qui les contraint de différer les rendez-vous de première évaluation médico-sociale.

Les PASS disposent d'un quota de personnel qui ne permet pas toujours d'assurer une continuité de service (dès lors de l'absence des professionnels pour réunion, formation, maladie, maternité).

Par ailleurs, dès lors que le personnel est partagé entre plusieurs postes la mission PASS peine à être mise en œuvre.

- Orientations parfois inadaptées : Ces éléments traduisent de la méconnaissance par les soignants et les médecins des publics précaires et d'un besoin de formation dans ce sens, pour exemple : il arrive que des patients soient adressés vers les services sociaux PASS pour une prise en charge sociale sans considération du besoin de soins.

Un parcours de soins intra hospitalier organisé qui implique :

- Repérage, orientation :

Les patients adressés à la PASS sont souvent repérés et adressés par les services d'urgence, les bureaux des entrées de l'hôpital porteur. Cet accueil, ce repérage et l'articulation de ces services avec la PASS sont centraux et doivent être améliorés par la mise en place de procédures internes. Les freins rencontrés sur ce point sont un turn-over important des agents des Bureaux des Entrées, des cadres de santé des services, des internes, frilosité à aborder et accompagner les personnes vulnérables au sein de l'hôpital par manque de «savoir-faire», une méconnaissance des indicateurs de précarité permettant le repérage,...).

- Parcours et suivi médical :

L'amélioration du parcours de soins des patients précaires par la mise en place d'un suivi médical régulier, indépendant du service des urgences, qui apparait être le modèle le plus adapté pour répondre aux besoins de soins des patients PASS. Mais cela implique un important travail de communication et de coopération, chronophage en temps, auprès de tous les autres services hospitaliers.

Le parcours de soins organisé nécessite par ailleurs un portage institutionnel qui passe par un travail coopératif entre les équipes de terrain et celles des Directions. Ce travail doit permettre de formaliser

⁴⁰ Cf. Partie consacrée TPASS

les liens par l'écriture et la validation de protocoles internes jusqu'à l'établissement d'un projet de service PASS articulé avec l'ensemble des services internes.

- Une articulation ville/hôpital de la prise en charge médico-sociale.

Les PASS sont un des acteurs de la prise en charge des personnes démunies dont le travail doit impérativement être articulé avec l'ensemble des partenaires œuvrant dans le champ concerné. Des liens réguliers et formalisés doivent être poursuivis avec les réseaux de ville santé-précarité, les institutions CPAM, CD, CCAS, associations locales.

Les points de faiblesse repérés dans ce domaine sont :

- La diminution de l'offre associative/caritative, par des problématiques de financement, a des répercussions sur les missions des PASS (sur Nice notamment).
- Malgré la densité générale de l'offre de soins de médecine générale sur le territoire, le relais vers le droit commun est pointé comme difficile par les professionnels des PASS notamment en secteur rural, spécifiquement pour les personnes ne maîtrisant pas la langue française et plus largement pour les personnes en situation de précarité. En effet, une fois l'ouverture des droits obtenue, certains patients rencontrent en effet de réels problèmes pour s'inscrire dans un parcours de santé de droit commun et retournent à la PASS pour leur suivi social et médical. Ce travail de communication et de coopération avec la médecine libérale de Ville est très chronophage pour les équipes PASS. L'organisation de la réintégration du «patient en situation de précarité» dans un «parcours de soins classique «Ville-Hôpital» avec un médecin généraliste «réfèrent» de Ville demeure très complexe.

Pistes d'amélioration

- Asseoir la référence médicale des PASS, en dédiant et ou augmentant le temps médical PASS pour permettre une PEC médicale effective et une coordination des parcours des patients PASS en intra et extrahospitalier.
- Améliorer la signalétique dans les hôpitaux.
- Améliorer l'accueil, le repérage et l'orientation des patients précaires notamment au niveau des bureaux des entrées des hôpitaux et des services des urgences par la mise en place de protocole.
- Actions de sensibilisation, formation des agents hospitaliers sur les personnes démunies avec le soutien de partenaires extérieurs (FAS, COMEDE, Equipes de rue, secteur addictologie, psychiatrie...).
- Former les professionnels médicaux et paramédicaux sur les inégalités sociales de santé et les problématiques d'accès aux soins dans le cadre des formations initiales et continues.
- Organisation régulière de comités de pilotage internes avec rédaction d'un projet de service PASS et de comités de pilotage externes avec participation des usagers.
- Favoriser la mobilité des PASS et développer des actions «hors les murs».
- Apporter des solutions d'interprétariat pour les professionnels libéraux de ville.

Les risques psycho-sociaux des professionnels des PASS

Les professionnels des PASS témoignent de certaines difficultés pour mener à bien leur travail :

- augmentation des FA et des situations complexes de précarité sans moyens supplémentaires : la limite du nombre de personnes accueillies par jour et par professionnels pour assurer un accueil de qualité et limiter les risques psycho-sociaux se pose. Le manque d'effectif en regard des besoins sont très fréquemment vécus (impossibilité à assurer une continuité de service).

- manque de temps pour assurer l'accompagnement et la coordination des parcours assurant l'efficacité de l'action/développement de tâches chronophages/absence de suivis sociaux (hors PASS) pour certaines catégories de population.
- manque de soutien/clarté dans les objectifs PASS : pas/peu de COPIL, pas/peu de projet de service, peu de disponibilité/d'investissement des directions sur le projet PASS.
- des situations complexes ou de blocage quotidien nécessitant des négociations permanentes dans divers champs : accès aux soins, aux produits de santé, résolution d'ouverture de droits, résorption de factures hospitalières.
- des injonctions paradoxales fortes : accès aux soins mais contraintes budgétaires
- une évolution des métiers : augmentation des tâches administratives et de communication avec une perte de sens notamment pour le travail social hospitalier qui est impacté par un fort taux de turn-over et désormais une très faible attractivité pour ces postes d'ASE (difficulté importante de recrutement) mais également pour les autres postes PASS (médecins, IDE).



Pistes d'amélioration

- Valoriser le travail des professionnels des PASS.
- Augmenter les effectifs des professionnels des PASS.
- Renforcer l'écoute et l'accompagnement des équipes notamment par des référents institutionnels disponibles pour chaque PASS (intra hospitaliers et ARS).
- Développer les groupes d'analyse de pratiques et des supervisions d'équipes.

L'évaluation

- L'outil «TPASS» :

A la demande de l'ARS, les coordinateurs assurent avec l'ORU Paca le suivi du projet de déploiement d'un outil informatique appelé «Terminal PASS». Son expérimentation sera engagée en 2017 pour être opérationnel fin 2017.

Les objectifs poursuivis pour la création de cet outil sont de :

- Disposer d'un dossier permettant le suivi des patients en Paca.
- Permettre une extraction des données statistiques de l'activité PASS.

Dans le but de :

- Faciliter le travail des professionnels des PASS au bénéfice des publics en situation de précarité et de l'organisation de l'établissement porteur.
- Construire un rapport d'activité harmonisé en Paca.
- Disposer d'un outil de veille sur les besoins des publics vulnérables. Notamment sur le dépistage et la prise en charge pluridisciplinaire des «femmes victimes de violences».

La matrice de cet outil a été construite grâce aux travaux antérieurs réalisés par les acteurs des PASS (fiche patient) et à partir de la fusion des bases informatiques existantes sur Nice et Marseille. Elle a déjà été remodelée à plusieurs reprises à la suite des travaux des groupes des PASS du Var, du Vaucluse, des Hautes-Alpes, des Alpes de Hautes-Provence, des Bouches-d- Rhône.

L'accès au logiciel et à ses données sera propre à chaque établissement.

Le partage d'informations sera possible entre différents intervenants référencés par le ROR au moyen d'une gestion des droits et d'autorisation de partage spécifique.

Freins majeurs évoqués pour l'usage de cet outil

- Manque de temps pour renseigner la matrice du fait d'un manque d'effectif, d'une absence de temps de secrétariat PASS dans la plupart des PASS et, du fait de l'existence d'autres supports (DPI,...) qui implique une double saisie de dossier pour un seul patient.
- Des critères pour l'inclusion des «patients PASS» qui ne sont pas toujours clairs pour les participants.

- Un besoin de formation à l'outil à prévoir.
 - Création d'une modélisation de référence pour les PASS tenant compte de leur profil, de leurs effectifs, du territoire, de leur volume d'activité,...
 - Patients traceurs :

La méthode dite du «patient traceur» pourrait être utilisée en complément des évaluations réalisées (RA et analyse qualitative des données).

Modalités de prise en charge des patients

Besoins des patients PASS - Points généraux

- La facturation directe des patients sans discernement de leur statut :

L'application de la règle de «non-facturation» d'un patient qui relève de la PASS n'est pas homogène. Or, ceci est délétère car contribue au renoncement aux soins.

L'article L6111-1-1 du CSP recodifié par la loi 26 janvier 2016 indique pourtant : «*Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. A cet effet, ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes*».

L'extrait de la circulaire n°DHOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 indique également : «*offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale*».

Concrètement, si le patient ne dispose pas de protection sociale permettant la prise en charge des soins et qu'il ne peut pas honorer sa facture, plusieurs cas de figure se présentent :

- L'établissement hospitalier prend en charge automatiquement la dépense qui impacte le budget global, parfois le budget issu des MIG «précarité ou PASS». Il s'agit d'un cas qui apparaît conforme à la réglementation.
- Une facturation directe sans discernement du statut du patient est effectuée et les patients, les professionnels PASS, les partenaires accompagnant, sollicitent, au cas par cas, la direction des affaires financières ou la direction de la patientèle de l'établissement pour demander une exonération de ces factures inadéquates et insolvables.
- La facturation n'a pas été stoppée et reste à la charge du patient (non honorée elle est alors transmise au trésor public qui poursuit le patient), participant, la plupart du temps à abandonner les soins.
- La difficulté est encore plus grande pour certaines prises en charge de pathologies chroniques lourdes notamment pour les chimiothérapies ainsi que pour les soins techniques dentaires lourds mais également dans le cas où un patient PASS dispose uniquement de couverture de base sans complémentaire, dès lors que la DAF de l'établissement signale que l'enveloppe précarité ne couvre pas ces impayés. Le suivi du nombre de cas d'insolvabilité, l'évaluation du coût généré, l'optimisation organisationnelle est à engager pour objectiver ce problème et trouver des solutions adéquates au cas par cas dans l'attente de l'ouverture des droits (localisation et articulations de la PASS au sein de l'établissement avec services de soins service social et DAF,...).
- Accès aux droits :

La quasi-totalité des établissements porteurs de PASS est désormais conventionnée avec la CPAM.

Ces conventions ont pour but d'améliorer l'accès aux droits des publics précaires.

Le renfort des liens entre les professionnels des PASS et des CPAM est à poursuivre. L'expérience de la mise en place de projet «Prise en charge des AMU récurrentes» par convention avec la CPAM sur Nice est à évaluer et éventuellement développer.

Le traitement informatisé des demandes limiterait la perte de temps et la perte des documents.

Par ailleurs, et pour l'étude des dossiers les plus lourds dont un traitement collégial (CPAM-DAF-PASS-SSH) seraient fort souhaitables, des sessions type «comités techniques» ou «commissions cas complexes» seraient à envisager.

Dans le même sens, des ateliers de travail entre les professionnels des PASS et du COMEDE sur les situations de blocage seraient à engager.

Enfin, et sur le même modèle, des conventionnements avec la MSA et le RSI devraient être envisagées.

Accès aux produits de santé (cf. travaux de Mme Cornet, au titre de l'OMEDIT Paca)

L'étude portant sur l'accès aux produits de santé pour les patients sans droit actuellement commandée par l'ARS-OMEDIT dresse un état des lieux des obstacles, des points de ruptures et des écarts de pratiques actuelles.

Il en ressort que le coût généré au titre des dépenses en produits de santé par patient PASS est minime.

Nous retiendrons des axes majeurs de cette enquête la nécessité :

- de rappeler des obligations des établissements en matière de délivrance gratuite des traitements aux patients ambulatoires sans droits des PASS et notamment en sorties des urgences ou d'hospitalisations ;
- d'harmoniser les pratiques de dispensation pharmaceutique aux patients sans droits et de résoudre les problèmes d'accès à différents produits de santé dont les vaccins (PASS-ME) en harmonisant les pratiques : convention CD, budget de l'hôpital ;
- de préciser les organisations internes des établissements pour leurs modalités de dispensations et prises en charge financière des produits de santé, directement pour les PASS et en articulation avec elles lors des sorties des urgences et des services de soins ;
- renforcer le lien ville/hôpital (développement de partenariat avec les officines de ville par exemple).
- Accès à l'interprétariat. Plusieurs approches permettent de répondre aux besoins de traduction, on note :
 - le recours à un service d'interprétariat téléphonique (ISM) : privilégié à l'AP-HM mais considéré trop coûteux et parfois non utile par les autres PASS ;
 - le recours à un agent volontaire de l'hôpital : les limites repérées sont l'indisponibilité des professionnels mais également l'indisponibilité de locuteurs de certaines langues, le manque de professionnalisme (être interprète est un métier), le manque de valorisation de cette activité ;
 - le recours aux membres de la famille ou à des pairs : la disponibilité, la convivialité et la mise en confiance sont appréciés dans certains cas. Les limites repérées sont le manque de professionnalisme et le respect du secret professionnel et médical.

Le mode de financement de ces prestations est fréquemment posé et mériterait d'être clarifié (Budget global, MIG PASS, MIG précarité,...).

Les travaux concernant l'élaboration par l'HAS d'un référentiel des métiers médiation/interprétariat sont des apports instructifs à prendre en compte pour l'exercice de ces fonctions.

Des initiatives de soutien et d'accompagnement dans ce domaine, mis en œuvre par OSIRIS par exemple, sont à évaluer et suivre.

Le développement d'outils numérique d'aide à la traduction est à envisager (ajout de langue dans «TRADUCMED», utilisation «Google trad»,...).

L'interprétariat en médecine libérale doit être envisagé pour permettre aux patients des PASS de ne pas être suivi de manière prolongée en PASS du fait d'un besoin unique de recours à un interprète.

L'importance de la professionnalisation des interprètes doit être considérée comme le seul moyen d'assurer une traduction fiable, de qualité dans le respect du secret médical.

Accès aux soins dentaires

Les patients usagers des PASS peinent à bénéficier de soins dentaires ou sont parfois complètement exclus du système de soins.

Le développement des consultations dentaires PASS (intra et extrahospitalier) est un des moyens pour apporter une réponse à cette situation.

Il serait intéressant que les acteurs des PASS croisent leurs expériences et les solutions qu'ils ont pu construire, le travail visant à l'amélioration de l'accès aux soins dentaires devrait être associé avec des représentants des dentistes libéraux.

La non-effectivité des soins, le renoncement aux soins, la représentation des usagers

La représentation des usagers est dans la plupart des cas inexistante.

L'ouverture des COPIL externes des PASS aux usagers et à leurs représentants (CCRPA) est à envisager.

La déconstruction des représentations négatives des personnes en situation de précarité est à développer auprès des professionnels de santé intra et extra hospitaliers (soutien formation de la FAS ex FNARS à étudier).

Des solutions pour résoudre les factures irrécouvrables des patients doivent être engagées collectivement (équipe sociale, équipe PASS, DAF, CPAM).

Le conventionnement des PASS avec les CPAM dans le cadre de la PFIDASS est à développer et poursuivre.

Focus sur les besoins des patients – Points spécifiques

- La PEC et la coordination des parcours santé des migrants (cf. note spécifique sur ce sujet) avec un point de vigilance particulière à envisager pour les MNA.
- La PEC et la coordination des parcours santé des détenus (Cf. Travaux de Marie-Pierre AGUILARD).
- Les patients en souffrance psychique.
 - Renfort des liens PASS/EMPP.
- Renfort des liens avec professionnels psy.
- Développer le nombre et les moyens des PASS PSY.
- Le recours aux IVG : harmonisation des modalités d'accès à envisager et lien avec le numéro vert régional à réaliser.
- Sorties d'hospitalisations : Renfort du rôle «passerelle» des PASS, entre l'hôpital, l'ambulatoire et la médecine de ville : point à développer notamment avec la mobilisation de nouveaux moyens en prévoyant par exemple l'accompagnement physique des sortants d'hospitalisation.

ANNEXE 5 : ACCÈS AUX PRODUITS DE SANTE DES PERSONNES PRECAIRES (OMEDIT)

Accès aux produits de santé, une étude pilote en région Paca - État des lieux pour les personnes précaires en situation d'exclusion sociale ne disposant pas de droits effectifs à une protection maladie

Le développement d'une politique de santé publique passe par la possibilité d'accéder facilement aux soins et aux traitements par produits de santé.

Certaines pratiques peuvent constituer un obstacle à la réalisation de cet objectif et conduire à des situations d'absence de soins et/ou d'accès aux traitements.

Objectifs de l'étude

Identifier les points de rupture de parcours de santé pour l'accès aux traitements du public précaire sans droits à protection maladie défini par le PRAPS : 1e accès et continuité des traitements.

Explorer la problématique au regard des différents niveaux d'interventions dans cet accès : pour le niveau institutionnel, les structures en charge de la dispensation des produits de santé (PUI DAF) ; pour le niveau de terrain, les services sanitaires et sociaux de prise en charge primaire de ce public,

Urgences (SAU), CMP – EMPP pour la psychiatrie ambulatoire, PASS pour l'approche de médecine générale ambulatoire ; recherche de l'expression des travailleurs sociaux et/ou sanitaires des structures d'accueil social et médicosocial de «bas seuil d'exigence» représentants le niveau des usagers.

Périmètre de l'étude : 5 territoires Marseille, Nice, Toulon La Seyne, Martigues, Avignon, définis au regard de 2 critères de pauvreté, les bénéficiaires de la CMU-C de moins de 65 ans et l'Indice de Désavantage Social.

Le constat

De nombreuses situations de rupture à l'accès : pouvant engager le pronostic vital.

De fortes disparités entre les différents sites pour les PASS, CMP, SAU, reflet des organisations et des carences.

Le poids financier des produits de santé dispensés pour les PASS, est très modeste :

Pour les 5 territoires une moyenne des Ratio Dépenses Annuelles/File Active : 11,56€ par patient et par an.

Conclusion : lever les obstacles d'accès aux produits de santé en application des Codes CSP et CSS

Harmoniser entre les sites les pratiques de dispensation des produits de santé => action OMEDIT.

Mettre en place des protocoles d'accès en sortie des services de soins pour les établissements en région Paca : 1er accès direct et continuité des soins => action soutenue par l'ARS.

Renforcer et généraliser les liens privilégiés avec les CPAM => action soutenue par l'ARS.

Evaluer et compenser les surcoûts en RH pour la réorganisation des PUI => action soutenue par l'ARS.

Evaluer les conséquences des obstacles, ou refus implicite de soins, en terme médico-économique pour le service public hospitalier.

ANNEXE 6 : NOUVEAUX MÉTIERS

Expert d'expérience

Que font-ils ?

Ils utilisent leur expérience de vie comme savoir à transmettre. Dans le champ de la santé c'est à la fois leur expérience de la maladie de longue durée, du système de soin en tant qu'utilisateur, et la maîtrise de la maladie pour rester en bonne santé qui est utilisée. Ils peuvent aider d'autres personnes qui rencontrent le même problème via des échanges de connaissances, de stratégie, de thérapeutique et de lieu de soin ou de soignants. Ils sont aussi un message d'espoir pour des personnes qui viennent de rentrer dans la maladie.

Où sont-ils ?

Ils sont particulièrement efficaces comparativement aux professionnels classiques pour rencontrer et faire des liens de confiance avec des personnes éloignées du système de soins dans les équipes de première ligne/proximité, notamment les équipes de rue (Fisk et al. 1999). Ils sont également très utiles dans l'éducation thérapeutique par les pairs (Cook et al. 2012).

Médiateur de santé

Que font-ils ?

Les médiateurs de santé font un travail de traduction et de diplomatie entre les personnes éloignées du système de soins et les professionnels classiques. Ils engagent des relations de confiance afin de mieux comprendre les besoins des personnes en situation d'exclusion et ensuite développer des actions de plaidoyer pour obtenir du système de soin plus de souplesse et des exceptions à la règle de l'institution (qui n'est pas adaptée aux cas de la personne) (Girard et al. 2006). Ils sont souvent des experts d'expériences, mais en France il existe des médiateurs de santé pair (expert d'expériences) et des médiateurs de santé dont l'expérience est professionnelle (et pas personnelle).

Où sont-ils ?

Ils interviennent préférentiellement en soutien à des personnes en situation de vulnérabilité tant biologique et physique que sociale et psychologique. Ils sont particulièrement pertinents dans les situations dite d'inégalité extrême (Geddes et Fazel 2011). Comme le sans-abris me de longue durée (Fisk et al. 1999).

Courtier en savoir

Que font-ils ?

Personne ou organisation qui facilite la création, le partage et l'utilisation de savoir (Traynor, DeCorby, et Dobbins 2014). Leur tâche est d'établir et maintenir des liens entre les chercheurs et leur audience via des traductions appropriées des découvertes issues de la recherche (Lomas 2007). Il s'agit de faire le pont entre les résultats de la recherche et l'utilisation qui en est faite pour les patients, en transférant entre autre le savoir de la recherche aux praticiens mais aussi aux décideurs. Les Courtiers en savoir, ne font pas que déplacer du savoir, ils doivent le localiser, le redistribuer, le disséminer et le transformer. Cette transformation passe par un travail de communication, de médiation, d'identification et d'éducation.

La tâche consiste aussi à construire un langage commun dans lequel les différentes parties puissent se comprendre. C'est un travail de traduction.

Où sont-ils ?

Ils se situent à l'interstice de différentes professions orthodoxes (Ils sont ainsi qualifiés de profession interstitielle). A la fois, ils soutiennent la différenciation et la division du travail et la transgressent. Ils se situent entre deux mondes, et/ou à la périphérie des pratiques, et qui ont des trajectoires aux limites/frontières.

Community manager/agent communautaire

Que font-ils ?

Ils organisent voire construisent des collectifs de citoyens qui rencontrent un problème commun, localisé le plus souvent, afin de trouver des solutions rapides, et par étapes via une conflictualisation non violente (Alinsky, 1976)⁴¹. Dans le champ de la santé en particulier au Brésil, ils sont qualifiés d'agent communautaire et intègrent les équipes de soins afin d'aider les personnes les plus vulnérables à accéder et mieux défendre leur droits à la santé, mais aussi à régler des problèmes concrets rencontrés sur le territoire.

Où sont-ils ?

En France, ils ne sont pas identifiables car pas nommés ainsi ni reconnus pour ces compétences-là. Cette fonction n'existe pas sous ce terme-là.

⁴¹ Alinsky Saul. Manuel de l'animateur social (Points Politique 1976).

ANNEXE 7 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX TRAVAUX DU PRAPS

Equipe projet restreinte pour l'élaboration du PRAPS

Marie-Pierre AGUILAR, ARS Direction de l'Offre de Soins

Zahia BEDRANI, ARS Direction Santé Publique et Environnementale

Vincent GIRARD, ARS Direction Santé Publique et Environnementale

Nathalie MOLAS GALI, ARS Délégation Départementale des Bouches du Rhône

Participants aux travaux de l'Instance Collégiale Régionale (ICR) parcours précarité

ORGANISME/INSTITUTION	Nom	Prénom	Qualité
AMPIL/Action Méditerranéenne pour l'insertion sociale par le logement	BEKEIRA	Sabah	Responsable de Service
AMPIL/Action Méditerranéenne pour l'insertion sociale par le logement	RABI	Jessica	Médiatrice Santé
APHM (COREVIH)	Dr Enel	Patricia	
ARS (DD 05)	Gondre	Sophie	
ARS (DSPE)	Coruble	Gérard	
ARS/DD 04	SAVELLI	David	
ARS/DD 05	GONDRE	Sylvie	
ARS/DD 83	SCHNEIDER	Solange	
ARS/DD 84	GAILHAGUET	Anne-Marie	
ARS/DD13/Equipe projet	MOLAS GALI	Nathalie	Responsable de service PPS
ARS/DD13/Responsable de service PPS	AGUILAR	Marie-Pierre	Soins aux détenus
ARS/DSPE /Equipe Projet PRAPS	BEDRANI	Zahia	Pilote PRAPS
ARS/Equipe Projet	GIRARD	Vincent	Référent Technique Santé sociale
ASSab / Hôpital Européen	PAYEN FOURMENT	Delphine	Coordinatrice de réseau santé précarité
Association AUTRES REGARDS	PLOTON	Jean Régis	Directeur
Association Le Tipi	CHOPIN	Marjorie	assistante sociale
Association Le Tipi	MARTIN	Hélène	Co directrice
ASUD MARSEILLE	GUTOWSKI	Marie	
ASUD MARSEILLE	DJAFRI	Abdel	Médiateur Santé
ASV Ville de Marseille	BLALOUZ	Sabrina	Coordinatrice ASV
CD du Var (Délégation Générale aux Solidarités)	Martel	Jean-Charles	
CH Montperrin	Dr Pesce	Florence	PASS et EMPP
CNRS UMI N°3189	FARNARIER	Cyril	Docteur en sociologie
CODES 83	AGOSTINI FERRANDES	Nathalie	Sage-Femme
CODES 83	Dr Pallier	Laurence	
CODES 83	COLARD	Manon	Chargée de projets en éducation pour la santé/Chargé Projet CPTLF
Conseil et Formation : Ici & Ailleurs	MATHIEU	Alexandra	Consultante et Formatrice/Specialiste Santé Communautaire
CPAM 13 (Sous -Directeur)	Le Guic	Mathieu	
Délégué du gouvernement, Cabinet PEDEC 13	MILLIAT	Laurence	Préfecture des Bouches du Rhône/Déléguee du Gouvernement
Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et département	CAYOL	Véronique	Médecin inspecteur de santé publique
Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et département	COMBA	Jérôme	Responsable Sce Hébergement et Accpgt Social

DRDJSCS PACA	COIPLLET	Marielle	Référente JEPS
Droits des Femmes	Zoller	Michèle	
FNARS	COPPOLANI	Alexandra	Représentante
HAS Pôle Vaucluse (CHRS/HU/EMSS)	SOME	Lisa	Chargée de Mission
IMAJE SANTE	TOUCHOT	Emilie	Directrice
Justice And Union toward Social Transfromation (moins de blabla, plus d'action) Try To Be, bénévole à l'association JUST (site internet : http://just.earth/)	-	-	-
MARSS/Mouvement et Action pour le rétablissement Sanitaire et Social	GRARD	Julien	Anthropologue- Spécialiste des trajectoires de vie
MEDECINS DU MONDE MARSEILLE	SAGE	Alain	RM
MEDECINS DU MONDE MARSEILLE	BRUNO BOURKIA	Sophie	Assistante Coordination
Mutualité Française/PACA Mutualité	AMIC	Cyril	Responsable Prévention et Promotion de la Santé
Mutualité Française/PACA Mutualité	Colin	Chrystelle	
OMEDIT (Observatoire du Médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique)	CORNET	Martine	Chargée de Mission
OSIRIS	CLAUDE	Laurence	administratrice
OSIRIS	MASSON	Julia	coordinatrice
PASS : permanence accès aux soins de santé AP HM	SCHWARTZ	Muriel	Coordinatrice de la PASS Régionale
PASS : permanence accès aux soins de santé/AP HM	GRASSINEAU	Dominique	Praticien Hospitalier /Médecin coordonateur PASS Médico-sociale
PASS : permanence accès aux soins de santé/AP HM	JEGO	Maeva	Médecin Généraliste
PASS NICE	TARDIEUX	Pierre Marie	Coordonnateur médical de la PASS régionale
Personnes issues de la précarité			
Personnes issues de la précarité			
Pôle Vaucluse de Habitat Alternatif Social (HAS)	Dramais	Renaud	
PROMOSOINS TOULON	FOUQUE	Guilaine	Représentante
PROMOSOINS TOULON	GARCIA	José	Coordonnateur Promosoins Toulon
Services Pénitentiaires (DISP PACA Corse)	Minatchy	Jacques	
Solidarités Aires Toulonnaises/UDV/EMPS	LABOREL	Elisabeth	Directrice de l'axe action rue
UCSA la Farlède	Pernice	Laurence	
Union Diaconale du Var	ROCOCO	Emeline	Chargée de Mission
URIOPSS PACA	MEYER	Géraldine	Conseillère Technique
Ville de Marseille	FEBVREL	Didier	Médecin, Directeur du Service de la Santé Publique et des Handicapés (SSPH) de la ville de Marseille

ANNEXE 8 : QUELQUES DÉFINITIONS

Pauvreté

Selon l'Union Européenne, sont considérées comme pauvres "les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat membre où elles vivent". Selon l'ONPES, cette définition fait apparaître trois éléments importants :

- la définition de la pauvreté est conventionnelle : c'est un acte politique et au moins implicitement normatif qui consiste à identifier au sein d'une population totale formée d'un continuum d'individus une population pauvre sur la base de certains critères,
- la pauvreté est un phénomène relatif car définie en fonction de «modes de vie minimaux acceptables» variables selon le lieu et le moment,
- la pauvreté est un phénomène multidimensionnel ne se réduisant pas à l'absence ou à l'insuffisance d'argent.

L'ensemble des conditions de vie d'un ménage incluant d'autres dimensions (logement, santé, éducation...) doivent être considérées. Les populations pauvres cumulent des difficultés dans plusieurs de ces domaines.

L'ONPES précise qu'en France trois types d'indicateurs permettant de mesurer la pauvreté sont retenus :

- des indicateurs de pauvreté monétaires : en France, le seuil de pauvreté habituellement utilisé est fixé à 50% du niveau de vie (ou revenu équivalent) médian²¹,
- des indicateurs de pauvreté en conditions de vie,
- des indicateurs de pauvreté mesurée par les minima sociaux.

Précarité

"La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible."

Elle s'exprime par des situations financières, sociales ou matérielles difficiles. *"Les personnes concernées sont plus souvent que la population générale issues de milieux défavorisés et déracinées de leur région ou de leur pays d'origine, ont peu d'instruction et de qualification, vivent de faibles revenus du travail (professions peu qualifiées, contrats précaires), d'allocations ou d'aides ; elles ont en commun des histoires de vie faites d'évènements traumatisants dès l'enfance (décès de proches, ruptures, violence...), de pertes d'emploi voire de logement, de problèmes d'isolement ou d'intégration."*

Exclusion

La conception de l'exclusion comme processus ou mode de vie doit être préférée à l'exclusion comme état ou entité (Rapport Pr Parquet Souffrance psychique et exclusion sociale – septembre 2003).

Pour définir la notion de «plus démunis». Deux points importants : notion d'exclusion longtemps définie comme la situation des personnes qui n'étaient pas ou plus inscrites dans le cadre de ceux qui étaient inclus, participant à la vie sociale. Les exclus sont des personnes «du dehors». Cela contribue à donner aux exclus une image de passivité et à construire des politiques d'assistance plutôt que d'aide et de réhabilitation. Le Professeur Parquet invite dans son rapport à réintroduire les personnes comme sujets de l'exclusion.

GLOSSAIRE

A

AAP	Appel à projets
ACS	Aide complémentaire santé
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ACSE	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AME	Aide médicale de l'Etat
ARS	Agence régionale de santé
AMU	Aide Médicale d'Urgence
ASSAb	Accès aux soins des sans-abri
ASV	Atelier santé ville
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale

C

CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'allocations Familiales
CAO	Centre d'accueil et d'Orientation pour les demandeurs d'asile
CATTP	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CCPP	Commission de coordination des politiques publiques
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CeGIDD	Centre gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CGET	Commissariat général à l'égalité des territoires
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIADT	Comité interministériel d'aménagement et de Développement du Territoire
CIDDIST	Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CIV	Comité interministériel des villes
CLS	Contrat local de Santé
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNLE	Conseil national des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale
CNS	Conférence nationale de santé
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COS	Cadre d'orientation stratégique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie

CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la santé publique
CSP	Catégorie socio-professionnelle
CT	Collectivité territoriale
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale

D

DAF	Dotation annuelle de fonctionnement
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGOS	Direction générale de l'offre des soins du Ministère des solidarités et de la Santé
DIHAL	Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées
DIM	Département d'Information Médicale
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DRJSCS	Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

E

EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ESP	Espace de santé de proximité

F

FIR	Fonds d'intervention régional
FTM	Foyer de travailleurs migrants

H

HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
-------------	---------------------------------------

I

IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national des études démographiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IDS	Indice de désavantage social
ISS	Inégalités sociales de santé
IST	Infection sexuellement transmissible

L

LAM	Lit d'accueil médicalisé
LHSS	Lit halte soins santé

M

MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
------------	----------------------------------

MdM	Médecins du Monde
MIG	Mission d'intérêt général
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluri-professionnelle

O

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONPES	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

P

PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDAHI	Plan départemental accueil hébergement insertion
PDALPD	Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées
PFIDASS	Plate-forme départementale d'accès aux soins et à la santé de l'Assurance maladie
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRIPI	Programme régional d'intégration des populations Immigrées
PRS	Projet régional de santé
PRSP	Plan régional de santé publique
PSRS	Plan stratégique régional de santé
PTMG	Praticien territorial de médecine générale
PUM	Protection universelle maladie

Q

QPV	Quartier Politique de la Ville
-----	--------------------------------

R

RdR	Réduction des risques
RS	Résidence sociale
RSI	Régime social des indépendants

S

SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SMPR	Service médico-psychologique régional
SRS	Schéma régional de santé
SRP	Schéma régional de prévention

U

UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
------	------------------------------------------

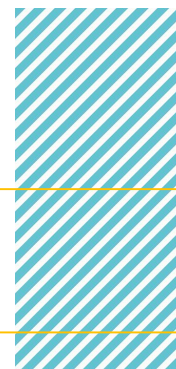
- UHSI** Unité hospitalière sécurisée interrégionale
- USMP** Unité médicale en milieu pénitentiaire
- URIOPSS** Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
- URPS** Union régionale des professions de santé

V

- VIH** Virus de l'immunodéficience humaine

Z

- ZUS** Zone urbaine sensible



ARS


R93-2018-09-24-011

Schéma régional de santé 2018-2023 Provence-Alpes-Côte
d'Azur

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Schéma régional de santé 2018, 2023,

ÉDITO



« Se projeter dans le temps comporte toujours une marge d'incertitude, et l'exercice de rédaction de ce projet régional de santé n'y échappe pas, et pour penser les objectifs à 5 ans, nous avons d'abord travaillé sur le cadre d'orientation stratégique à 10 ans. Dix ans, c'est à peine le temps qu'il faut pour former un médecin, et dans 10 ans, les manières de soigner auront été profondément bouleversées : la révolution numérique entraîne avec elle la digitalisation de nombreux processus, l'arrivée concrète des robots comme assistants du soin, et l'intelligence artificielle qui, dès demain, proposera des diagnostics et des modèles de prise en charge élaborés à partir des données de santé.

Pourtant habitué aux évolutions, le système de santé se trouve à la veille de transformations qui affecteront tous ses fondements. La première priorité reste l'accès aux soins de proximité. Le plan d'accès aux soins lancé par la ministre des solidarités et de la santé il y a tout juste un an porte déjà ses fruits, et, le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles aura doublé, elles seront 52 à la fin de l'année 2018 dans notre région. Les établissements de santé et médico-sociaux devront eux aussi évoluer, pour constituer un maillage gradué de soins et de prises en charge. Ils devront investir pour maintenir un haut niveau de qualité des soins et répondre aux demandes croissantes d'expertise comme d'accompagnement.

Nous ne pouvons penser les solutions de demain à l'aune des outils d'hier, nous devons renouveler nos méthodes pour intégrer les innovations !

Comment conduire ces changements ? Plus que jamais, nous aurons besoin de vous, professionnels de santé, élus des territoires et des métropoles, partenaires institutionnels ou associatifs, représentants des usagers... Besoin d'échanger avec vous pour mieux cerner les besoins, co-construire les réponses dans la durée, vérifier la réalité de l'accès à la santé pour tous, avec une approche large de la prévention et une adaptation aux contextes locaux. Besoin de vous pour organiser les parcours de santé et inventer des réponses plus inclusives, plus coordonnées, plus centrées sur le service rendu à la population que sur nos habitudes de fonctionnement.

Les personnes les plus fragiles sont celles qui souffrent le plus de nos silos : c'est pourquoi nous avons ciblé sept parcours prioritaires, pour lesquels chaque acteur est appelé à s'engager sur des résultats. Il n'est plus possible d'attendre, il nous faudra agir ensemble, avec un effort réciproque de compréhension des enjeux des uns et des autres, avec la volonté de rechercher toujours l'intérêt général et les conditions de la qualité des soins, avec la rigueur nécessaire pour mieux utiliser les fonds publics que représentent les 17 milliards d'euros consacrés chaque année à la santé dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Plus encore que la raison économique, c'est la dimension éthique qui nous oblige à plus de pertinence.

La préparation de ce PRS a été une opportunité pour vous rencontrer, partager nos préoccupations, concevoir des objectifs communs et renforcer ainsi nos partenariats. L'action n'a d'ailleurs pas fait de pause, nous avons déjà avancé ! Avec le Conseil régional, l'Assurance maladie et les deux universités de Nice et Marseille, nous avons créé en juillet dernier un comité régional de l'innovation en santé. Nous sommes désormais prêts pour faire ensemble, et autrement.



Claude d'Harcourt
Directeur général

1. RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ, LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	9
1.1 RENFORCER LA PLACE DES CITOYENS/USAGERS DE LA SANTÉ	9
1.1.1 LES ENJEUX.....	10
1.1.2 DONNER PLUS DE PLACE AUX PATIENTS-USAGERS-CITOYENS.....	10
1.1.2.1 Favoriser le développement des compétences en santé -connaissance, capacité à agir, comportements	10
1.1.2.2 Promouvoir l'utilisation du savoir du patient lié à son expérience en santé	11
1.1.2.3 Faire évoluer la formation des professionnels de santé	11
1.1.2.4 Valoriser la fonction de représentant des usagers (RU) et des personnes qualifiées.....	11
1.1.2.5 Favoriser l'implication des citoyens-usagers sur les questions de santé.....	11
1.2 AGIR ENSEMBLE ET AUTREMENT : UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DES TERRITOIRES.....	12
1.2.1 DES PISTES DE COOPÉRATION ENTRE ACTEURS	12
1.2.1.1 La santé des populations	12
1.2.1.2 La coopération entre acteurs est nécessaire pour agir sur la démographie des professionnels de santé	13
1.2.1.3 Les réorganisations territoriales et de l'accès aux soins.....	14
1.2.1.4 L'environnement et son impact sur la santé	15
1.2.1.5 La santé au travail.....	15
1.2.2 RÉUNIR, DANS LES TERRITOIRES, L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE SANTÉ POUR PARTAGER LE DIAGNOSTIC ET AMÉLIORER LA SANTE.....	16
1.2.3 ÉVALUER, ANALYSER LES RÉSULTATS ET IDENTIFIER LES EXPÉRIENCES REMARQUABLES POUR RENDRE COMPTE DES ÉVOLUTIONS ET ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT.....	16
1.2.4 CONTRACTUALISER AVEC LES ACTEURS DE SANTE POUR ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT	17
1.3 STRUCTURER L'OFFRE DE SANTÉ	17
1.3.1 FAIRE LE CHOIX DE LA PRÉVENTION/PROMOTION DE LA SANTÉ, EN AGISSANT DES LE PLUS JEUNE ÂGE ET DANS TOUS LES MILIEUX DE VIE.....	18
1.3.2 ORGANISER L'ACCÈS À LA SANTÉ DANS LA PROXIMITÉ.....	20
1.3.2.1 La mise en œuvre des mesures du plan d'accès aux soins	20
1.3.2.2 Accompagner l'évolution de l'offre médico-sociale vers une société plus inclusive, proposer des réponses accompagnées pour tous, adaptées à chacun.	21
1.3.2.3 Mettre en place des organisations d'exercice coordonnée adossées aux hôpitaux locaux dans les territoires ruraux.....	22
1.3.3 AMÉLIORER LA GRADATION DES SOINS : UNE DÉMARCHE AU SERVICE DE LA QUALITÉ.....	23
1.3.3.1 Organiser le second recours et garantir l'accès à l'expertise	23
1.3.3.2 Consolider la gradation des filières de soins dans le cadre des GHT.....	24
1.3.3.3 Adapter les établissements de santé au virage ambulatoire et au virage technologique.....	24
1.3.4 QUALITÉ, PERFORMANCE ET PERTINENCE: DES OBJECTIFS ET DES LEVIERS POUR LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	25
1.3.4.1 Renforcer la qualité et la sécurité des soins.....	25
1.3.4.2 Faire de la pertinence des soins, un critère prioritaire de qualité et d'organisation de l'offre de soins.....	25
1.3.4.3 Améliorer la performance des acteurs de santé pour soutenir leur capacité d'adaptation et répondre aux besoins de santé de la population	26
1.4 METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE RÉGIONALE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ.....	27
1.4.1 MIEUX CONNAITRE ET ANTICIPER LES ÉVOLUTIONS DE LA DÉMOGRAPHIE	27
1.4.1.1 Partager les données et les analyses	27
1.4.1.2 Rencontrer les professionnels et les étudiants afin de mieux comprendre leurs aspirations et leurs besoins.....	28
1.4.2 ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DES ORGANISATIONS.....	28
1.4.2.1 Promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice	29

- 1.4.2.2 Accompagner la répartition des compétences soignantes sur les territoires.....29
- 1.4.2.3 Soutenir les établissements de santé dans leurs réorganisations30
- 1.4.2.4 Construire des parcours professionnels valorisant la mobilité31
- 1.4.2.5 Prendre soin de ceux qui soignent31
- 1.4.3 AGIR DÈS LA FORMATION POUR PRÉPARER LES PROFESSIONNELS AUX PRATIQUES DE DEMAIN32
- 1.5 DÉPLOYER L'INNOVATION ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION 33
- 1.5.1 IMPULSER ET ACCOMPAGNER L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE.....33
- 1.5.1.1 Avec l'article 51 de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018, le législateur a donné un cadre pour conduire des innovations organisationnelles.....33
- 1.5.1.2 L'innovation organisationnelle viendra également de l'analyse des données et de leur utilisation pour l'aide à la décision, la coordination et le suivi des patients34
- 1.5.2 UTILISER LES OUTILS NUMÉRIQUES : DES OBJETS CONNECTÉS A LA TÉLÉSANTÉ, QUEL PARTAGE D'INFORMATION ET POUR QUOI FAIRE ?.....34
- 1.5.2.1 Définir une gouvernance régionale autour des systèmes d'information36
- 1.5.2.2 Généraliser les normes et usages pour les outils en lien avec les plateformes et projets nationaux36
- 1.5.2.3 Soutenir la mise en œuvre et le déploiement des référentiels nationaux et des normes d'interopérabilité des SI de santé.....37
- 1.5.2.4 Accompagner les établissements dans le cadre de la mise en œuvre des SI de Groupements hospitaliers de territoire38
- 1.5.2.5 Développer la maîtrise d'ouvrage régionale déléguée et l'Espace numérique régional de santé38
- 1.5.2.6 Mettre à disposition les indicateurs de suivi et de performance.....42
- 1.6 SOUTENIR LES COOPÉRATIONS ET LA COORDINATION DES ACTEURS 42
- 1.6.1 ORGANISER LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES D'APPUI À LA COORDINATION (SACO)43
- 1.6.2 CONSTRUIRE DES RÉPONSES POUR LA COORDINATION DES PRISES EN CHARGE DE PROXIMITÉ43
- 1.6.3 RESPONSABILISER LES ACTEURS PAR DE NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT ET LEUR DONNER UN INTÉRÊT À AGIR POUR LA COORDINATION DES PRISES EN CHARGE.....43

2. STRUCTURER DES PARCOURS DE SANTÉ DANS 7 DOMAINES

PRIORITAIRES..... 45

- 2.1 PRINCIPES ET MÉTHODES DE L'APPROCHE PAR PARCOURS DE SANTÉ..... 45
- 2.2 PARCOURS DE PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES 50
- 2.3 PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES 58
- 2.4 PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 64
- 2.5 PARCOURS SANTÉ ET PRÉCARITÉ 69
- 2.6 PARCOURS SANTÉ MENTALE 76
- 2.7 PARCOURS PETITE ENFANCE, ENFANTS, ADOLESCENTS, JEUNES..... 91
- 2.8 PARCOURS PETITE ENFANCE, ENFANTS, ADOLESCENTS, JEUNES..... 103

3. ORGANISER LA SANTÉ AU NIVEAU DES TERRITOIRES 112

- 3.1 SANTÉ ENVIRONNEMENTALE..... 112
- 3.2 VEILLE, SÉCURITÉ SANITAIRE ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES..... 118
- 3.3 ORGANISER L'OFFRE DE SOINS À PROXIMITÉ 123
- 3.3.1 SOINS DE VILLE ET AMBULATOIRES..... 123
- 3.3.1 HOSPITALISATION À DOMICILE 131
- 3.3.1 SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION..... 138
- 3.3.4 UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE 150
- 3.3.5 SOINS PALLIATIFS..... 154

3.4 STRUCTURER LES FILIÈRES ET LE RECOURS AUX PLATEAUX TECHNIQUES	162
3.4.1 PÉRINATALITÉ	162
3.4.2 L'AIDE MÉDICALE À LA PROCRÉATION	170
3.4.3 LE DIAGNOSTIC PRÉNATAL	173
3.4.4 GÉNÉTIQUE	176
3.4.5 CANCERS	182
3.4.6 INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE	190
3.4.7 ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	194
3.4.8 LES PLATEAUX TECHNIQUES : DES ÉLÉMENTS DE DÉFINITION	204
3.4.9 CHIRURGIE	206
3.4.10 CHIRURGIE	218
3.4.11 IMAGERIE EN COUPE	231
3.4.12 IMAGERIE - MÉDECINE NUCLÉAIRE	246
3.4.13 CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	252
3.4.14 BIOLOGIE MÉDICALE	258
3.4.15 URGENCES	265
3.4.16 MÉDECINE	273
3.4.17 PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (PDSSES)	279

4. DÉFINIR LES OBJECTIFS D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SANTÉ.....290

4.1 CONSÉQUENCES SUR L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX..... 290

4.1.1 OFFRE MÉDICO-SOCIALE À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

4.1.1.1 L'offre médico-sociale PA PH doit s'intégrer sur un territoire en complémentarité des ressources de santé existantes dans une logique de parcours, de réponses graduées et coordonnées..... 290

4.1.1.2 L'offre médico-sociale doit résolument prendre le virage inclusif..... 290

4.1.1.3 Garantir la continuité et la qualité des parcours

4.1.2 OFFRE MÉDICO-SOCIALE À DESTINATION DES PERSONNES EN DIFFICULTE SPÉCIFIQUE

4.1.2.1 Objectifs communs d'évolution du dispositif médico-social en addictologie

4.1.2.2 Objectifs d'évolution des dispositifs de santé dédiés aux publics précaires confrontés à des difficultés très spécifiques..... 293

4.2 ACTIVITÉS DE SOINS ET ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS..... 294

4.2.1 MÉDECINE

4.2.2 CHIRURGIE

4.2.3 GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE..... 299

4.2.4 PSYCHIATRIE

4.2.5 SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION..... 309

4.2.6 PSYCHIATRIE

4.2.7 MÉDECINE D'URGENCE..... 326

4.2.8 RÉANIMATION

4.2.9 TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRARÉNALE

4.2.10 TRAITEMENT DU CANCER

4.2.11 ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE..... 347

4.2.11.1 Activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme..... 347

4.2.11.2 Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence..... 349

4.2.11.3	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	351
4.2.12	ACTIVITÉS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET ACTIVITES BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRENATAL	353
4.2.12.1	Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.....	353
4.2.12.2	Diagnostic prénatal (DPN)	358
4.2.12.3	Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.....	361
4.2.14	ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS	363
4.2.14.1	Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions.....	363
4.2.14.1.1	<i>Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émissions de positons en coïncidence</i>	363
4.2.14.1.2	<i>Tomographe à émissions</i>	365
4.2.14.2	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique .	367
4.2.14.3	Scanographe à utilisation médicale.....	369
4.2.14.4	Cyclotron à utilisation médical	371
4.2.14.4.1	<i>Adaptation et complémentarité de l'offre</i>	371
4.2.14.4.2	<i>Objectifs quantifiés par territoire de santé</i>	371
4.2.14.5	Caisson hyperbare.....	371

INTRODUCTION

Dotée d'une responsabilité générale sur l'organisation de la santé, les agences régionales de santé ont une vision globale et transversale sur l'ensemble des publics et des acteurs. Elles sont de ce fait conduites à mobiliser l'ensemble des parties prenantes afin de « penser globalement pour agir localement » (Albert Jacquard). Or, les acteurs sont nombreux : collectivités territoriales, institutions, associations, et, de plus en plus, les patients qui, seuls ou au travers d'associations, se connectent et s'impliquent dans les sujets de santé.

Ce nouveau Projet régional de santé s'inscrit dans un contexte d'innovation portée par la numérisation, et suit le fil rouge tracé par la ministre des solidarités et de la santé : mailler le territoire pour garantir l'accès aux soins de proximité, développer la prévention, améliorer la qualité et la pertinence des prises en charge, lutter contre les inégalités, améliorer et intégrer les innovations.

Dans la continuité des projets antérieurs en Provence Alpes Côte d'Azur, la méthode a été très participative : dès 2016 ont été mises en place une concertation large (23 groupes de travail, rencontres régionales « Agoras »), une évaluation des besoins et des analyses prospectives. Il s'agissait de consolider les réussites et d'identifier les priorités avant d'engager de nouvelles actions de transformation.

Le schéma régional de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur comporte 4 grandes parties.

1. Renforcer l'accessibilité, la qualité, et la pertinence du système de santé
2. Structurer des parcours de santé dans sept domaines prioritaires
3. Organiser la santé au niveau des territoires
4. Définir les objectifs d'évolution de l'offre de santé.

PARTIE 1

RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ, LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

- 1 / **RENFORCER LA PLACE DES CITOYENS/USAGERS DE LA SANTÉ**
- 2 / **AGIR ENSEMBLE ET AUTREMENT : UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DES TERRITOIRES**
- 3 / **STRUCTURER L'OFFRE DE SANTÉ**
- 4 / **METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE RÉGIONALE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ**
- 5 / **DÉPLOYER L'INNOVATION ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION**
- 6 / **SOUTENIR LES COOPÉRATIONS ET LA COORDINATION DES ACTEURS**

1. RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ, LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé français a été organisé en 1958 autour de l'hôpital avec la création des CHU (loi Debré) pour une population jeune et en partie rurale, dans un contexte de forte prévalence des maladies infectieuses. Il a été réformé par plusieurs lois concernant l'hôpital (1991 et 2009 en particulier), doit aujourd'hui s'adapter à une population urbaine, plus âgée et avec un modèle épidémiologique de pathologies chroniques.

Le système de santé semble en crise, et de nombreux acteurs le disent : « on est allés au bout de ce qu'on pouvait faire sans le changer en profondeur ». Derrière cette remarque, ils souhaitent attirer l'attention sur les limites atteintes par les efforts internes. En effet, il y a deux types de réformes : celles qui reposent sur l'amélioration des fonctionnements (efficacité, performance...) et celles qui proposent un changement en profondeur, un « nouveau paradigme » : c'est de cela qu'il s'agit aujourd'hui.

Six leviers ont été identifiés pour conduire ces transformations.

- La participation des patients, des usagers et des citoyens à l'organisation de la santé, en intégrant la prévention, que ce soit au niveau individuel ou collectif.
- La mobilisation des partenaires et une implication de toutes les institutions régionales dans l'amélioration de la santé.
- La structuration de l'offre de santé, en s'appuyant sur la gradation des soins et en l'accompagnant.
- Une meilleure répartition des professionnels de santé et des équipes de territoires pluri professionnelles.
- Une intégration des innovations et des systèmes d'information.
- Le développement de la coordination des acteurs et des projets.

1.1 RENFORCER LA PLACE DES CITOYENS/USAGERS DE LA SANTÉ

Les processus de décision se sont ouverts à la concertation ou au débat public dans de nombreux secteurs et la santé n'échappe pas à cette évolution. L'utilisateur du système de santé est le premier concerné par la politique de santé. Le premier juge de son propre état de santé et un acteur à part entière qui opère des choix. Sa bonne compréhension du fonctionnement de la santé est le préalable nécessaire à un recours adapté aux soins et à une bonne utilisation de l'offre de santé. Cela suppose un système de santé lisible, et donc structuré. La demande croissante de santé et de bien-être se traduit par des attentes fortes en termes d'environnement, de milieu de vie,

d'alimentation, ... Les usagers sont de plus en plus proactifs dans la recherche d'informations. Ils souhaitent non seulement être informés, mais aussi participer aux décisions qui les concernent. Cela transforme leurs relations avec les professionnels de santé.

En attente de réponses adaptées qu'ils souhaitent de plus en plus rapides, ils utilisent Internet pour partager leurs symptômes, croiser les informations pour en extraire un diagnostic immédiat ou encore avoir un avis sur les recommandations des professionnels qu'ils ont rencontrés.

Face à la maladie chronique ou à la dépendance, les personnes développent une connaissance expérientielle et une expertise de leur maladie ou de leur handicap. Elles revendiquent donc leur place dans l'organisation des soins : patient-expert, patient-formateur, patient-partenaire.

En 2017, l'exercice d'une démocratie en santé dynamique achoppe encore sur plusieurs difficultés :

- les politiques de santé ont une forte inertie (structures lourdes, temps de formation des médecins,...) et nécessitent une forte expertise technique : leur dimension participative est de ce fait assez limitée ;
- parfois, même si c'est de moins en moins le cas, les réticences de certains professionnels de santé qui voient un risque à l'implication du patient ou qui n'imaginent pas d'autre fonctionnement ;
- le profil des représentants des usagers : leur nombre est insuffisant, leurs compétences sont inégales et les conditions du développement de celles-ci sont rarement réunies.

1.1.1 LES ENJEUX

La démocratie en santé répond à trois types d'enjeux.

- Un enjeu **d'égalité d'accès à la santé et aux soins** : l'accès à la connaissance du système de santé et à des compétences en prévention contribue à la lutte contre les inégalités sociales d'accès à la santé.
- Un enjeu de **pertinence** : bien connaître le système de santé, mieux comprendre ce qui aide à être et rester en bonne santé, c'est aussi mieux utiliser le système de santé.
- Un enjeu de **qualité** : la connaissance partagée du fonctionnement du système de santé doit permettre à chacun d'être un acteur de son amélioration.

1.1.2 DONNER PLUS DE PLACE AUX PATIENTS-USAGERS-CITOYENS

1.1.2.1 Favoriser le développement des compétences en santé (connaissance, capacité à agir, comportements)

- Mettre à disposition de la population une information en santé fiable et validée, via notamment le service public d'information en santé.
- Développer l'éducation à la santé tout au long de la vie : c'est un des axes du parcours «Petite enfance, enfants, adolescents, jeunes».
 - Développer la promotion de la santé et les compétences psychosociales pour favoriser des comportements favorables à la santé : alimentation, activité physique et mobilité, environnement....
 - Utiliser et optimiser les dispositifs existants pour des opérations d'information et de sensibilisation à la santé dans les écoles, les crèches (médiateurs, patients-experts, pairs, représentants des usagers, ...).
 - Diffuser des messages dans les lieux cibles (exemple : écran d'information dans les pharmacies, cabinets médicaux, maisons de santé...).

1.1.2.2 Promouvoir l'utilisation du savoir du patient lié à son expérience en santé

- Définir et identifier le savoir expérientiel du patient et notamment la « fonction » de patient-expert : un lien très étroit est à prévoir avec le parcours «maladies chroniques».
- Faire connaître et développer le diplôme universitaire du patient-expert.
- Reconnaître l'investissement en temps du patient-expert et lui donner une légitimité vis-à-vis des autres usagers.

1.1.2.3 Faire évoluer la formation des professionnels de santé

- Influencer sur les universités et écoles (formation initiale) pour intégrer la thématique démocratie sanitaire dans les programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé.
- Favoriser l'intégration des patients dans la formation des professionnels de santé (rôle de patient-formateur).

1.1.2.4 Valoriser la fonction de représentant des usagers (RU) et des personnes qualifiées

- Recenser les compétences mobilisées.
- Faire la promotion et favoriser la visibilité des fonctions de RU et de personnes qualifiées.
- Proposer des espaces d'échanges de pratiques entre RU et personnes qualifiées.

1.1.2.5 Favoriser l'implication des citoyens-usagers sur les questions de santé

- Organiser régulièrement des débats thématiques sur les territoires, et inciter les structures dont l'ARS a la tutelle, à faire de même.
- Prévoir la présence des citoyens/usagers dans les dispositifs en santé :
 - Réaliser un état des lieux des dispositifs de concertation existants (dans le secteur de la santé mais également dans d'autres champs) et évaluer leur fonctionnement.
 - Impliquer les représentants des usagers dans l'analyse des événements indésirables graves.
 - Inciter à la présence des usagers dans la mise en place et l'évaluation des nouveaux dispositifs en santé (exemple : plate-forme territoriale d'appui, GHT, maisons de santé, hôtel-patient...).
- Valoriser les connaissances et l'expérience de santé des habitants sur un territoire :
 - Développer les évaluations d'impact en santé (évaluation préalable à la mise en place d'une politique, d'un programme ou d'un projet au regard de ses effets sur la santé. Il s'agit d'une approche participative associant la population concernée et les partenaires).
 - Mener des enquêtes pour identifier les besoins réels sur les territoires.

1.2 AGIR ENSEMBLE ET AUTREMENT : UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DES TERRITOIRES

Si le système de soins relève majoritairement de la responsabilité des autorités et des acteurs de santé, ce n'est pas le cas d'un système de santé : la prévention, le maintien et le développement de la santé dépendent, comme l'a démontré à de nombreuses reprises l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de nombreux facteurs environnementaux, sociaux, éducatifs ... et finalement assez peu sanitaires. Les autorités et les acteurs de santé ont donc besoin de la mobilisation de l'ensemble des responsables et institutions concernés pour conduire des politiques en faveur de la santé.

La complexité du système de santé, le « millefeuille administratif » dénoncé par Patrick Viveret, sont fréquemment désignés comme des obstacles à la qualité des réponses aux besoins de santé : l'absence de communication entre les acteurs, l'émiettement des responsabilités et des financements et la redondance des instances de gouvernance sont autant de critiques formulées par tous les acteurs impliqués dans la santé, institutionnels y compris. Ce constat a été clairement formulé dans les travaux d'évaluation du PRS 1 de notre région.

Face à ce constat, l'enjeu est de remettre de la cohérence au niveau territorial entre les différentes interventions que ce soit au niveau institutionnel comme au niveau des acteurs de santé. A partir de ce canevas partagé, chaque acteur peut déployer sa stratégie et les projets dont il a la responsabilité, tout en contribuant à l'information de toutes les parties prenantes. En s'appuyant sur les interdépendances ainsi révélées, des projets ad-hoc de partenariat pourront émerger pour construire des réponses innovantes aux difficultés des territoires.

Ainsi l'Education nationale, la DIRECCTE, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales de notre région, et notamment le Conseil régional, les conseils départementaux, les municipalités, ainsi que les structures sanitaires et médico-sociales, les associations, et, au premier rang, les professionnels de santé et les acteurs sociaux... tous nos partenaires sont des acteurs essentiels de la conduite et de la réussite des politiques de santé, parmi lesquelles, par exemple l'évolution de l'offre médico-sociale et le « virage » vers une société plus inclusive.

1.2.1 DES PISTES DE COOPÉRATION ENTRE ACTEURS

Plusieurs pistes de coopération entre acteurs se dessinent particulièrement.

1.2.1.1 La santé des populations

L'analyse des parcours de santé fait particulièrement ressortir la nécessaire transversalité entre acteurs et institutions, en particulier pour la prévention, le maintien au domicile et l'inclusion dans la société des personnes dépendantes ou vulnérables. Pour les quatre publics ci-dessous, la consolidation d'une gouvernance partagée sera priorisée.

- La santé de l'enfant :

- Des institutions multiples : les conseils départementaux avec les services de Protection maternelle et infantile, les communes, l'éducation nationale et la santé scolaire,...
- Les liens forts seront à maintenir, à l'instar de la convention avec l'Education nationale, et il faudra organiser le partage de l'information pour permettre la continuité du suivi.

- **La santé des personnes âgées** : poursuivre la logique démarrée dans le cadre du dispositif Parcours de la personne âgée en risque de perte d'autonomie.
- **La santé mentale et l'organisation territoriale** : la politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs sont associés (y compris ceux du logement, de l'hébergement et de l'insertion) au sein notamment des projets territoriaux en santé mentale.
- **La santé des personnes les plus exposées aux risques de transmission des infections sexuellement transmissibles et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** :

Les ambitions fixées par la stratégie nationale de santé sexuelle sont les suivantes :

- Contribuer à ce que l'épidémie de sida cesse d'ici 2030 ;
- Faire en sorte qu'au moins 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique,
- Faire en sorte qu'au moins 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH reçoivent un traitement antirétroviral,
- Faire en sorte qu'au moins 95% des personnes en traitement aient une charge virale durablement indétectable d'ici 2020.

Cette stratégie s'inscrit en articulation avec les autres démarches impactant la santé sexuelle menées par les ministères de la santé, des droits des femmes, de l'éducation nationale, de la jeunesse, des affaires étrangères et du développement international et/ou les autres administrations centrales, ainsi que les structures institutionnelles et associatives, dans une logique de synergie et d'approche globale en matière de santé sexuelle.

Dans notre région, elle s'appuie sur les deux comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih). Ils déploieront les deux axes suivant de la Stratégie nationale de santé sexuelle : Améliorer le parcours de santé en matière d'IST: prévention, dépistage, prise en charge (Axe 2) ; Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables (Axe 4).

1.2.1.2 La coopération entre acteurs est nécessaire pour agir sur la démographie des professionnels de santé

Avec les universités, le Conseil régional, les Conseils départementaux, notamment sur le versant médico-social, les collectivités territoriales, la DIRECCTE, l'Assurance maladie-Risques professionnels... :

- mettre en place une politique de ressources humaines en santé pérenne et en faveur des territoires périphériques ;
- coordonner nos politiques de formation, d'incitation, de recrutement et agir pour proposer des parcours professionnels diversifiés et des solutions de logement pour les jeunes professionnels ;
- consolider la politique de santé au travail des professionnels de santé ;

Le comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) sera un véritable comité de pilotage de la démographie médicale et paramédicale.

1.2.1.3 Les réorganisations territoriales et de l'accès aux soins

Les réorganisations seront nécessaires pour tenir compte de l'évolution des besoins de la population, et de la gradation des soins et des services :

- pour accompagner l'émergence et la mise en œuvre des projets d'adaptation de l'offre de santé dans tous les domaines
- pour organiser les services et leur accessibilité : les transports, les services au domicile,...

Des coopérations seront spécifiquement approfondies dans notre région.

- Dans les zones frontalières de la région, les réorganisations tiendront compte de l'offre des territoires proches. Ainsi, pour le territoire d'Arles, l'évolution de l'offre de soins a été étudiée en concertation avec l'ARS Occitanie et avec le CHU de Nîmes.
- La principauté de Monaco, compte tenu de sa proximité avec le territoire des Alpes-Maritimes, nécessite une coopération étroite avec l'organisation des soins de la région Paca.
- Les accords franco-monégasques en cours permettent la prise en charge par l'assurance maladie des patients français domiciliés dans les Alpes-Maritimes lorsqu'ils sont hospitalisés dans les établissements de santé monégasques : le Centre Hospitalier Princesse Grasse (CHPG), le centre cardio-thoracique et l'institut de médecine du sport. Les activités de soins mises en œuvre dans les établissements de santé monégasques ont une forte incidence sur l'offre de soins de la région Paca et particulièrement celle du département des Alpes-Maritimes. La concertation menée dans le cadre des accords internationaux permet d'avoir une information sur l'évolution de l'offre monégasque. Cependant une intégration plus importante dans l'évolution globale de l'offre permettrait d'en améliorer l'efficacité tout en prenant en compte la souveraineté monégasque. Par ailleurs, l'attractivité des établissements monégasques pour les professionnels de santé vers ces établissements rendent indispensable la formalisation des relations avec la principauté dans ce domaine.
- Avec le Service de Santé des Armées, acteur de santé publique :
- La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé la place du Service de Santé des Armées (SSA) en tant qu'acteur du service public de santé dans plusieurs domaines : l'offre de soins du territoire, la recherche et l'innovation en santé, et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Le protocole santé-défense du 6 avril 2017, l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au SSA et ses textes d'application renforcent les relations entre les ARS et le SSA. Le contrat spécifique qui fixera leurs contributions respectives permettra au SSA de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et de la défense, et à l'ARS de prendre en compte les besoins spécifiques de la défense nationale.
- Toutes les composantes du SSA présentes en région Paca (centres médicaux des armées, hôpitaux d'instruction des armées, unités de formation, de recherche et de ravitaillement sanitaire) sont engagées dans cette nouvelle voie de coopération. Les coopérations concernent notamment l'offre de soins, l'enseignement, la recherche, la réponse aux situations sanitaires d'exception et les activités de soutien logistique santé. Elles favorisent ainsi la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve.

1.2.1.4 L'environnement et son impact sur la santé

La promotion d'environnements favorables à la santé et la prévention des facteurs de risques est encore insuffisamment développée dans notre système de santé. Pourtant ces interventions en amont permettent d'agir en amont sur l'ensemble des déterminants de la santé et ainsi limiter les risques de survenue de maladies et de leurs complications. Créer les conditions nécessaires et suffisantes sur la santé passe aussi par des actions sur l'ensemble des politiques publiques et pas seulement par celles du domaine sanitaire et médico-social.

Cette approche correspond à l'approche intégrée recommandée par l'organisation mondiale de la santé : approche « One Health » intégrative et systémique liant directement la santé de l'homme à la santé de son environnement. Elle vise notamment à mieux affronter le changement climatique, les maladies émergentes et les risques de nouvelles pandémies.

De plus, le morcellement des compétences entre les différents acteurs permettant d'agir sur un seul et même déterminant implique une chaîne de coopération entre les institutions, les collectivités, les associations et les bénéficiaires.

- Intégrer les enjeux de santé dans les décisions des politiques publiques de proximité
- Travailler avec l'ensemble des collectivités et les administrations concernées contribuant à des environnements favorables à la santé : transports, urbanisme, participation à la vie sociale, logement,....

1.2.1.5 La santé au travail

La santé au travail relève de la responsabilité des employeurs. L'ARS a néanmoins une double responsabilité dans ce domaine :

- Soutenir la politique d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques auprès des acteurs de santé, en particulier au sein de la fonction publique hospitalière et, plus largement, dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux ; à ce titre, elle impulse et finance des actions ciblées, en partenariat étroit avec les établissements et les organismes spécialisés (ARACT – agence régionale d'amélioration des conditions de travail, OPCA des 3 branches, CARSAT ...).

Elle contribue aux politiques de prévention et d'amélioration de la santé au travail, en lien avec la DIRECCTE et avec les différentes institutions.

L'action de l'ARS en direction des personnels de santé est décrite dans la partie 1-3 « prendre soin de ceux qui soignent ».

- Améliorer les parcours de santé. La relation entre santé et travail est un élément du parcours de santé, en particulier, parmi nos parcours prioritaires suivants : les malades chroniques, la santé mentale, les jeunes adultes, les personnes en situation de précarité, les personnes en situation de handicap, les addictions (cf partie 2). Deux étapes peuvent être mises en avant
 - L'influence du travail sur l'état de santé : prévenir, repérer et diagnostiquer les situations de travail qui ont des conséquences sur la santé des personnes
 - L'influence de la maladie ou de déficience sur le travail, en abordant avec les acteurs de santé et les institutions, la question du maintien dans l'emploi des personnes malades, et également celle du rétablissement suite à une maladie ou suite à la reconnaissance d'une déficience.

Face à ces enjeux, la volonté de l'ARS est de renforcer sa collaboration avec la DIRECCTE.

1.2.2 RÉUNIR, DANS LES TERRITOIRES, L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE SANTÉ POUR PARTAGER LE DIAGNOSTIC ET AMÉLIORER LA SANTÉ

- Impulser des contrats locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et des projets territoriaux de santé mentale :
 - les contrats locaux de santé (CLS) sont une opportunité pour rassembler les acteurs de santé d'un territoire, étudier les besoins de la population et faire des propositions concrètes. L'ARS lancera un appel à initiatives avec pour objectif la création de 10 à 15 CLS par an ;
 - les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des espaces de concertation locale privilégiés et de co-construction de réponses concrètes aux besoins de santé mentale ;
 - les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) sont élaborés par les acteurs de terrain pour organiser les conditions d'accès de la population à la prévention, au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce, aux soins, aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Ils doivent proposer des réponses transversales entre le sanitaire, le médico-social et le social, en impliquant les représentants des usagers, de la politique de la ville, des collectivités territoriales, ainsi que des conseils territoriaux de santé, et des conseils locaux de santé mentale.
- Poursuivre le développement et le partage des outils et méthodes pertinents pour réaliser des diagnostics de territoires communs et prospectifs afin de mobiliser toutes les énergies dans une même direction.
- Faire vivre une démocratie en santé dynamique en présentant des projets ambitieux à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les conseils territoriaux de santé.
- Soutenir l'émergence d'un réseau régional de la communauté des acteurs de santé : dans la continuité de ses forums régionaux «Les Agoras de l'ARS Paca» qui ont lieu tous les deux ans, l'agence crée un réseau social pour tous les acteurs de santé, l'Agora social club, qui sera disponible fin 2018.
- Convenir des thèmes de travail communs à développer avec les partenaires institutionnels, et au sein des instances régionales existantes (commissions de coordination des politiques publiques, commission avec l'Assurance maladie, Instance régionale pour l'amélioration de la pertinence des soins ...), pour la mise en œuvre concrète de la synergie des politiques publiques et la cohérence des financements: conseils départementaux, services de l'état, assurance maladie,...

1.2.3 ÉVALUER, ANALYSER LES RÉSULTATS ET IDENTIFIER LES EXPÉRIENCES REMARQUABLES POUR RENDRE COMPTE DES ÉVOLUTIONS ET ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT

- Réaliser un suivi régulier et communiquer sur les actions mises en œuvre.
- Evaluer les projets structurants au niveau des territoires en associant les acteurs de santé et les usagers.
- Organiser des partages d'expérience entre territoires.

1.2.4 CONTRACTUALISER AVEC LES ACTEURS DE SANTE POUR ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT

- Traduire les objectifs du Projet régional de santé, en termes de services rendus à la population dans les projets de santé des acteurs pour leurs territoires : projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire, projets de santé des structures d'exercice coordonné.
- Contractualiser, entre l'ARS et les acteurs de santé, sur la base de ces projets de santé pour valoriser et soutenir ces transformations : projets immobiliers, évolution de leurs ressources humaines, partenariats et coopération mis en place avec d'autres acteurs.
- Les projets d'établissements intégreront les principes du développement durable et s'inscriront ainsi dans les démarches de qualité et de soins, de gestion des risques, de maîtrise des coûts, et de réduction des impacts environnementaux des établissements et des organisations dans les territoires.
- Contractualiser avec nos partenaires institutionnels (Assurance maladie, Education nationale, logement, travail, transport, collectivités territoriales,...) sur nos champs de compétences partagés.

1.3 STRUCTURER L'OFFRE DE SANTÉ

La structuration de l'offre de santé vise à organiser des réponses proportionnées aux besoins de santé, en tenant compte du territoire, de la fréquence et du niveau de gravité. Concrètement, il s'agit de compléter le maillage du territoire régional en services de santé et en soins de proximité pour les prestations de santé fréquentes et/ou sans gravité, et de prévoir des accompagnements spécifiques, des services et des soins experts pour des pathologies graves et/ou complexes ou des déficiences.

La Stratégie nationale de santé nous indique un triple virage à prendre en compte.

- Le virage de la prévention : la promotion de la santé et la prévention des comportements à risque sont une priorité.
- Le virage ambulatoire : mettre en place une organisation de la santé moins centrée sur l'hôpital et innover dans les modalités d'accueil, pour favoriser l'accompagnement et la prise en charge des soins en ville.
- Le virage numérique, détaillé dans la partie 1.5, qui va contribuer à la transformation profonde des services de santé.

La participation des patients, des usagers et des habitants à l'organisation de la santé sera un catalyseur de ces réorganisations et permettra de mieux intégrer la prévention, que ce soit au niveau individuel ou collectif.

Le travail de structuration de l'offre de santé s'appuie sur la gradation des soins et des prises en charge. Il permet à la fois de mieux identifier les ressources, de les adapter aux différents types de besoins, et d'organiser le passage d'un niveau à l'autre. Cela rend ainsi l'offre de santé plus lisible, plus aisée à coordonner pour les professionnels, et plus facile à utiliser pour la population.

Rationnelle et programmatique, la démarche de structuration de l'offre de santé s'appuie sur l'analyse des données et sur les ressources existantes. Des choix seront cependant nécessaires et cette partie du Schéma régional de santé a pour objectif de présenter les grands leviers de la transformation de l'offre de santé afin d'en expliquer les intérêts et les conditions de réussite.

1.3.1 FAIRE LE CHOIX DE LA PRÉVENTION/PROMOTION DE LA SANTÉ, EN AGISSANT SUR LE PLUS JEUNE ÂGE ET DANS TOUS LES MILIEUX DE VIE

La prévention/promotion de la santé contribue à l'amélioration de la santé de la population, en agissant sur les déterminants de la santé : environnementaux, socio-économiques, comportementaux. Investir fortement dans la prévention/promotion de la santé, tant en termes de financement que de mobilisation des différents acteurs, est un changement de paradigme qui permettra d'aboutir à une transformation efficiente de notre système de santé. A cet égard, Il importe de développer une approche intersectorielle, interministérielle et partenariale de la prévention/ promotion de la santé si l'on veut agir efficacement sur les déterminants de la santé.

Concernant les déterminants environnementaux, le concept d'exposome est inscrit pour la première fois dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Il prend en compte l'influence sur la santé de l'ensemble des expositions environnementales au cours d'une vie entière. Le Schéma régional de santé consacre un paragraphe particulier à la santé environnementale (partie 3.1).

L'augmentation des maladies chroniques et des pathologies transmissibles confirment la nécessité d'intervenir le plus précocement possible, et tout au long de la vie.

L'espérance de vie en France est l'une des meilleures au monde. Pourtant, la mortalité évitable demeure trop élevée. Dans notre région, il existe de nombreuses inégalités sociales et territoriales de santé qui se créent dès la grossesse. La réduction des inégalités de santé est un enjeu majeur de notre politique régionale de santé.

Depuis les années 2000, des travaux démontrent que l'investissement des institutions en faveur de la santé des enfants améliore leur parcours de vie et réduit les risques et les accidents de santé tout au long de la vie. Cet investissement génère aussi d'importantes conséquences économiques et sociales positives. Il a notamment été démontré que les programmes d'accompagnement des enfants ont des effets d'autant plus forts qu'ils interviennent tôt : l'efficacité des dispositifs de prévention chez les 0-5 ans est meilleure que celle observée pour des enfants plus âgés ou pour des adultes.

Dans cet esprit, et en cohérence avec la Stratégie nationale de santé, l'ARS a retenu le parcours de santé de l'enfant parmi ses priorités (partie 2).

La prévention / promotion de la santé est une étape bien identifiée des parcours de santé prioritaires décrits en partie 2 de ce Schéma. Les 7 chapitres consacrés aux parcours proposent, de façon adaptée à chacun des publics, des objectifs opérationnels visant à :

- agir sur les déterminants de santé par des actions de prévention et d'éducation à la santé. Pour les personnes les plus précaires, travailler sur les déterminants sociaux de santé prioritaires : le logement, l'inclusion sociale, le travail ;
- promouvoir la mobilité active et lutter contre la sédentarité, en encourageant les modes de déplacement actif. Proposer une offre d'activité physique adaptée dans chaque territoire, en réponse aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- prévenir les conduites à risques, en développant les programmes de réduction des risques et en impliquant les professionnels de santé ;
- développer la prévention du mal être et la promotion du bien-être et de la santé mentale ;
- promouvoir la santé sexuelle ;
- prévenir la perte d'autonomie ;
- promouvoir la vaccination ;

- éviter les ruptures de parcours, en articulant mieux les étapes de repérage, dépistage, diagnostic et prise en charge. En particulier, pour les personnes les plus démunies, améliorer l'efficacité de leur accès aux soins.
- Améliorer la connaissance des personnes, développer leur aptitude à agir sur leur santé
 - Redonner du pouvoir d'agir aux personnes, et en particulier aux personnes les plus démunies, notamment par la littératie (capacité d'appréhension et d'utilisation efficace de l'information) et l'empowerment (acquisition de pouvoir d'action et de décision autonome).
 - Développer les interventions précoces et renforcer les compétences psychosociales auprès des plus jeunes, des malades chroniques et des plus précaires, ainsi que les compétences parentales.
 - Développer l'éducation thérapeutique du patient pour assurer un maillage homogène de programmes d'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire régional. Soutenir leur développement dans l'offre de santé de proximité : maisons de santé pluriprofessionnelles, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé, cabinets de ville,...
- Structurer l'offre de prévention : un levier de performance de notre système de santé
 - Encourager le rapprochement des acteurs de la prévention qui interviennent sur des champs d'action ou des territoires complémentaires, pour développer des projets emblématiques et d'envergure, au bénéfice d'une part significative de la population.
 - Incrire les projets dans le cadre d'une approche de santé globale intersectorielle et territorialisée, prenant en compte les milieux de vie (école, travail, environnement,...) et les différents déterminants de la santé. Les programmer dans la durée et dans le cadre de partenariats interinstitutionnels.
 - Encourager les initiatives des structures de soins (ville et hôpital) et du médico-social dans les domaines de la prévention/promotion de la santé.
 - Développer les liens entre les acteurs de terrain et la recherche, s'appuyer sur les données probantes, soutenir les actions expérimentales :
 - Promouvoir les approches s'appuyant sur des expériences qui ont fait leur preuve (utilisation des données probantes) et qui ont fait l'objet d'une évaluation intégrée afin d'améliorer la qualité et la pertinence des interventions.
 - En l'absence de données probantes, soutenir les actions innovantes associant acteurs de terrain, usagers et équipes de recherche.
- Accorder une place privilégiée à la formation
 - Professionnaliser et développer la formation des acteurs spécialisés de la prévention/promotion de la santé aux interventions de référence qui ont fait leur preuve.
 - Renforcer également la formation des professionnels de santé. Ces derniers, au travers des pratiques cliniques préventives, participent déjà au développement de la prévention. Pour aller plus loin, il convient de consolider la posture éducative dans la pratique quotidienne des professionnels de santé, notamment des médecins traitants.
 - Déployer le service sanitaire des étudiants en santé de notre région. Au-delà de l'intervention auprès des publics, ce dispositif sensibilise les étudiants à la prévention et les engage pour devenir de futurs professionnels investis aux enjeux de la prévention, afin qu'ils les intègrent dans leurs pratiques professionnelles.

- Ouvrir davantage encore les formations en prévention/promotion de la santé aux professionnels du secteur social pour conforter l'approche de santé globale intersectorielle.

1.3.2 ORGANISER L'ACCÈS À LA SANTÉ DANS LA PROXIMITÉ

Il s'agit d'organiser les prises en charge de proximité, sur tout le territoire régional, en incluant la continuité et la permanence des soins, de façon programmée ou non, y compris de situations de handicap ou de perte d'autonomie.

Ces soins et services de proximité comprennent :

- les équipes de soins primaires : médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, et autres professionnels paramédicaux, et l'accès à certaines spécialités médicales (gynécologie, psychiatrie, ophtalmologie ...).
- les solutions d'accueil pour les personnes âgées et les personnes handicapées, et des solutions d'hébergement et d'accompagnement «inclusives» c'est à dire dans la cité, hors structure spécialisée.
- une organisation de l'accès aux soins de « second recours » : consultations de spécialistes, moyens diagnostiques (imagerie, laboratoires de biologie médicale ...), hôpitaux de jour, HAD, séjours de répit, soins de suite Ainsi qu'aux plateaux techniques simples et, quand c'est nécessaire, au troisième recours.
- des dispositifs de coordination pour faciliter l'orientation des patients.

L'ARS accompagne les acteurs sur l'ensemble du territoire et porte une attention particulière à l'évolution de l'offre dans les territoires potentiellement en difficulté : zones de montagne, territoires identifiés comme fragiles ou à risque sur le plan de la démographie médicale, quartiers en politiques de la ville.

Le renforcement de cette offre de santé sur l'ensemble du territoire régional comprend trois grands volets :

- la mise en œuvre du plan d'accès aux soins,
- l'accompagnement des acteurs du médico-social pour «une réponse accompagnée pour tous» et une société plus inclusive,
- et la consolidation de l'offre de santé des territoires isolés, avec un adossement à des hôpitaux locaux ou à des EHPAD et la mise en place éventuelle de petits plateaux techniques (imagerie, biologie médicale délocalisée).

1.3.2.1 La mise en œuvre des mesures du plan d'accès aux soins

L'offre de santé de proximité est organisée avec des équipes de soins primaires, autour du médecin généraliste et avec les autres acteurs du territoire : pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, et également les acteurs de la prévention, du médico-social et du social.

- Accéder à une offre de soins spécialisés courants : gynécologie, centres périnataux de proximité, psychiatrie, psychologues.
- Expérimenter des nouveaux modes d'organisation avec des professionnels de santé paramédicaux, avec aussi des pratiques avancées, de la coordination et l'accompagnement

des parcours complexes, notamment pour les personnes âgées et les porteurs de maladies chroniques.

- Organiser l'accessibilité à des soins de 2ème recours (spécialités médicales, un plateau technique ultra léger) pour ces organisations de proximité.

1.3.2.2 Accompagner l'évolution de l'offre médico-sociale vers une société plus inclusive, proposer des réponses accompagnées pour tous, adaptées à chacun.

Offrir une société plus inclusive suppose de faire évoluer l'offre médico-sociale pour l'inscrire dans une organisation plus souple, partenariale et territoriale. Qu'il s'agisse du secteur des personnes en situation de handicap (dans le respect de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre) ou du secteur de la perte d'autonomie, cela implique de :

- proposer un ensemble de services de santé diversifiés, accessibles dans la proximité et incluant les métiers relatifs à l'accompagnement des personnes : actions de prévention, éducation thérapeutique, activité physique adaptée, soins de support, gestionnaire de cas ;
- adapter les organisations des établissements de santé et des établissements médico-sociaux pour favoriser les interventions au domicile du patient : hospitalisation dans la journée, hospitalisation à domicile, organisation des retours au domicile, intervention en logement adapté et partagé... ;
- inclure, dans les organisations, la démarche « d'aller vers » : aller à la rencontre des populations en situation de vulnérabilité temporaire ou durable : développement des équipes mobiles, actions visant à favoriser le repérage, antennes ouvertes, ... ;
- développer les solutions de prise en charge incluant la dimension logement, et favoriser les projets d'habitat inclusif : transformation de l'offre médico-sociale avec le développement des services, intermédiation locative, lieu d'accueil temporaire, lieux de répit.... ;
- développer et optimiser le fonctionnement des structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire) et des SSIAD dans une logique pluridisciplinaire afin de favoriser le maintien à domicile et le soutien aux aidants.

Concernant le secteur du handicap

- En lien étroit avec l'Éducation nationale, mieux structurer et faire évoluer l'organisation du dispositif d'accompagnement des élèves handicapés. A l'échéance 2021, l'accès à une modalité de scolarisation en milieu ordinaire concernera 50% à 80% des enfants actuellement en unité d'enseignement en établissement médico-social.
- Opérer une nouvelle répartition de l'offre entre services et établissements médico-sociaux en tendant vers une cible de 50% de services.

Concernant le secteur de la personne âgée

- Développer, en lien avec l'ensemble des acteurs publics, des alternatives aux réponses actuelles entre l'accompagnement à domicile et l'entrée en institution : habitat alternatif et/ou intergénérationnel, Ehpad hors les murs, hébergement temporaire d'urgence.
- Développer des solutions d'accompagnement adaptées au bénéfice de la personne âgée et son aidant : formations, intervention des plateformes de répit, relayage.
- Accompagner l'évolution des Ehpad d'une logique de « structure » à une logique de « prestations » pouvant allier prévention de la perte d'autonomie (dénutrition, chute, isolement social et iatrogénie), renforcement de l'inclusion sociale et appui aux interventions des professionnels de l'aide à domicile et de santé.

Le vieillissement des personnes en situation de handicap nécessite de rechercher des solutions adaptées aux besoins de la personne qu'il s'agisse de réponses institutionnelles (places en FAM ou MAS ou en Ehpad en unités spécifiques), ou de réponses souples et modulaires concourant à la transformation de l'offre, notamment pour assurer les interventions plus intenses à domicile.

Au-delà de ces évolutions tenant aux accompagnements médico-sociaux, l'ARS Paca reste confrontée à une évolution des besoins à laquelle l'offre existante ne suffit pas à répondre et qui représente des enjeux forts en termes de parcours de vie. Face à un secteur en mutation et dans un contexte de contraintes financières, la recomposition de l'offre, la recherche d'une organisation plus performante et l'optimisation de l'offre existante seront des axes prioritaires qui trouveront leur traduction dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, avec par exemple :

- l'optimisation des amplitudes d'ouverture des ESMS et du taux d'activité ;
- la généralisation des fonctionnements en file active et accompagnements séquentiel ;
- la planification ou encore la reconversion de structure du sanitaire vers le médico-social.

1.3.2.3 Mettre en place des organisations d'exercice coordonnée adossées aux hôpitaux locaux dans les territoires ruraux

- Les hôpitaux de proximité, les établissements de SSR et les EHPAD sont bien souvent, dans les territoires ruraux ou de montagne, un lieu important pour l'accès à la santé des populations. Les tensions de la démographie médicale les menacent plus que les autres, et ils n'ont pas la taille critique pour que des recrutements pérennes y soient possibles à leur échelle.
- Mais si l'on élargit le périmètre d'intervention, si l'on considère que l'offre de proximité doit comporter à la fois une partie médico-sociale et des soins de premier recours, avec selon les lieux, des lits médicalisés, alors ces établissements peuvent constituer un point d'ancrage de l'offre de soins qu'il convient de mieux analyser pour la compléter dans une logique de pragmatisme, de complémentarité et de «sur-mesure».
- Les maisons de santé pluri professionnels et les centres de santé adossés aux hôpitaux locaux constituent une bonne réponse pour faciliter l'accès aux soins dans les territoires ruraux avec une accessibilité aux plateaux techniques pour les médecins de ville et une présence médicale continue.
- Il existe une autre modalité d'exercice coordonné, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui reposent sur un trépied à dimension variable avec :
 - du médico-social : Ehpad, accueil de personnes handicapées, accompagnement de la dépendance
 - des soins de premiers recours : médecins, sages-femmes, infirmiers, infirmiers de pratiques avancées, kinésithérapeutes et autres professionnels paramédicaux, prélèvements pour analyses de biologie, consultations avancées de spécialistes ...
 - des lits de médecine de SSR, d'USLD à garder ou à faire évoluer en lien avec l'Ehpad pour y disposer de lits dédiés renforcés en soins ...
- Selon les sites et la distance de l'établissement de santé le plus proche, un plateau technique de proximité serait mis en place pour permettre la réalisation de radiographies et échographies sur place (avec lecture à distance par télé-médecine ou quelques consultations de radiologie). L'idée est de permettre d'affiner des diagnostics sur place pour éviter des recours aux urgences quand cela ne se justifie pas.
- Une convention avec le centre hospitalier le plus proche permettrait à la fois d'alimenter les consultations avancées, d'assurer le recours, d'apporter de l'expertise via la télé-médecine

- Des analyses des projets et des expériences en cours seront conduites au sein de l'agence pour préciser les conditions de réussite, tester la viabilité médico économique et vérifier leur faisabilité. Ces projets seront bien entendu étroitement concertés avec les acteurs locaux, professionnels, institutions et élus, car de tels dispositifs ne peuvent être que la résultante de leur implication.

1.3.3 AMÉLIORER LA GRADATION DES SOINS : UNE DÉMARCHE AU SERVICE DE LA QUALITÉ

Par convention, la gradation des soins s'étend sur 4 niveaux de prise en charge : de niveau 1 pour les accompagnements de proximité et les soins de premier recours (aide à domicile, médecin généraliste) à 4 pour les prises en charge et les soins «de recours et de référence» (équipe avec une expertise pluri disciplinaire et plateau technique spécialisé).

La gradation des soins est un des leviers de la pertinence des interventions et des prises en charge : son objectif est de garantir «le bon niveau de soin au bon moment», pour éviter les pertes de chances mais aussi les redondances ou les surdimensionnements. Elle doit ainsi permettre l'accès aux

innovations, aux nouvelles technologies et aux compétences spécialisées sur l'ensemble du territoire régional, que l'on soit en zone de montagne ou à proximité d'un CHU. La gradation des soins est de ce fait une des clés de leur pertinence.

En complément de la consolidation des soins de premier recours, il s'agit de structurer ou de rendre lisible la gradation des soins de second et troisième recours ainsi que des soins dits «de référence» (4^{ème} recours) caractérisés par leur niveau d'expertise croissant.

1.3.3.1 Organiser le second recours et garantir l'accès à l'expertise

La structuration des soins de second recours a fait l'objet d'un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) en juin 2017. Il s'agit du niveau de soins le plus difficile à appréhender et le plus dispersé car, contrairement aux autres, il n'a pas fait l'objet d'organisation formelle. Il s'agit de :

- garantir l'accès aux spécialistes relevant du second recours sur l'ensemble du territoire :
 - en rendant visible l'offre en médecine de ville comme en établissement de santé,
 - dans les territoires isolés, proposer des consultations avancées en lien avec les établissements de santé, et déployer des services de télémédecine en complément.
- organiser l'accessibilité à cette expertise et la promotion des recommandations de bonnes pratiques pour certaines thématiques identifiées :
 - en s'appuyant sur des réseaux, des filières ou des centres de référence (par exemple : gériatrie, oncologie, périnatalité, autisme, handicap rare, addictologie, soins palliatifs... ;
 - en fonction des pathologies, du nombre de personnes concernées ou de la technicité nécessaire, les soins de référence sont organisés au niveau infra régional (ex : filières gériatriques), régional (ex : réseau périnatalité) ou national (ex : maladies rares).

1.3.3.2 Consolider la gradation des filières de soins dans le cadre des GHT

Cette démarche suppose de renforcer les établissements pivots pour qu'ils puissent jouer leur rôle de recours et de compléter l'offre des établissements de proximité pour qu'ils répondent aux besoins de la population.

- S'appuyer sur les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire pour structurer les partenariats et la complémentarité entre établissements.
 - Dans notre région où l'offre privée est conséquente, la complémentarité est aussi pensée entre structures publiques et privées.
 - Ces partenariats intègrent également l'offre médico-sociale.
- Organiser un maillage gradué d'accès aux soins dans les territoires de santé.
 - Renforcer les services de recours afin de leur donner le niveau de qualité et d'expertise requis.
 - Cela permettra d'investir et de moderniser le parc, de disposer d'équipes pluridisciplinaires, et d'assurer la permanence des soins.
 - Organiser les relations avec les autres niveaux de soins.
 - Evaluer et compléter les filières gériatriques, mettre en place des consultations avancées, adapter les plateaux techniques et mettre en place des équipes médicales partagées avec les établissements de santé pivots.
 - Décrire la filière et faciliter l'accès au bon niveau de soins par une information des professionnels, des patients et de tous les partenaires.

Les GHT animent cette démarche dans le cadre de leur projet médical partagé.

- Outiller et renforcer les équipes de professionnels, encourager les pratiques partagées (réunions communes, formation, ...) pour faciliter la communication sur les dossiers des patients et soutenir les professionnels (chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes,...) qui exercent dans des établissements éloignés des gros centres.
- Accompagner l'adaptation des organisations intra-hospitalières pour faciliter les complémentarités entre les spécialités, ou entre les modes d'intervention, rendues encore plus nécessaires avec les courtes durées d'hospitalisation. Pour cela, valoriser et diffuser les expériences remarquables dans tous les établissements de la région.

1.3.3.3 Adapter les établissements de santé au virage ambulatoire et au virage technologique

- Intégrer et anticiper, pour tous les patients, l'amont et l'aval de l'hospitalisation, en coordination avec les acteurs de premier recours, du social et du médico-social.
- Développer les outils permettant la circulation de l'information entre les différents intervenants, et l'utilisation de la e-santé.
- Expérimenter des solutions innovantes au service de cette vision de l'hôpital de demain et soutenir les alternatives à l'hospitalisation complète : hôtels hospitaliers, développement de la télémédecine, hospitalisation à domicile en Ehpad.

1.3.4 QUALITÉ, PERFORMANCE ET PERTINENCE: DES OBJECTIFS ET DES LEVIERS POUR LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

1.3.4.1 Renforcer la qualité et la sécurité des soins

La complexité des prises en charges associe des professionnels différents dans un parcours de santé. Ces interventions coordonnées des professionnels nécessitent la mise en place d'une organisation efficiente et le développement de la culture de gestion des risques en équipe.

- Développer la culture de signalement et d'analyse des signaux (données remontées dans le cadre du réseau régional de vigilance et d'appui, des événements indésirables graves associés aux soins, de la certification, des indicateurs de qualité).
- Poursuivre l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans le cadre du parcours de soins.
- Favoriser le développement de la simulation en santé pour permettre un entraînement aux gestes à risques.
- Améliorer la connaissance des risques par le patient et son implication dans la mesure de la qualité et de la sécurité des soins.

1.3.4.2 Faire de la pertinence des soins, un critère prioritaire de qualité et d'organisation de l'offre de soins

La pertinence est un enjeu de qualité des soins et d'efficience et un levier de transformation de notre système de santé. La pertinence des soins (actes, parcours, modes de prise en charge, prescriptions, etc...) consiste à délivrer le bon soin, et rien que le bon soin, au bon patient, au bon endroit, au bon moment.

Au sein de l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (Irap), l'ARS associe étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins pour :

- agir sur la pertinence des parcours, identifier les redondances et les risques de pertes de chance ;
- diffuser une culture de la pertinence ;
- faire adhérer les professionnels à une démarche de pertinence par la mise en place de groupes de travail spécifiques sur les thématiques définies par l'ARS en lien avec l'IRAPS. D'ores et déjà, trois axes ont été priorités dans le plan d'actions pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) : la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité, les recours aux fibroscopies et coloscopies diagnostiques, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ;
- piloter la pertinence et réaffirmer le rôle de pilotage stratégique de l'ARS avec une IRAPS assurant l'interface avec les professionnels de santé ;
- intégrer des indicateurs de résultat dans les procédures qualité des établissements de santé ;
- impliquer les usagers/patients.

La pertinence peut être mesurée par des indicateurs de résultat, mais aussi des indicateurs de satisfaction des patients appelés les « *Patient reported outcome measures* » (PROM). Il est prouvé que les scores précoces de satisfaction sont étroitement corrélés avec la morbi-mortalité objective des actes, en particulier en chirurgie. Un lien étroit est ainsi à établir entre la démarche de pertinence, la structure régionale d'appui à la qualité, et la procédure de déclaration et d'analyse des événements indésirables graves.

Cette évolution s'applique selon des principes similaires mais avec des modalités à définir, pour les acteurs de la ville et du médico-social, ainsi que pour évaluer la performance des coopérations existantes dans les territoires. L'ARS soutient les expérimentations d'incitations s'appuyant sur la pertinence des prises en charge, de façon à privilégier des financements sur la base du parcours de santé d'une personne malade chronique ou dépendante, ou encore sur un épisode de soins.

1.3.4.3 Améliorer la performance des acteurs de santé pour soutenir leur capacité d'adaptation et répondre aux besoins de santé de la population

- Transformer l'offre des établissements de santé : favoriser l'évolution des établissements pour qu'ils atteignent la taille critique nécessaire à l'exercice de leurs missions, pour répondre aux enjeux de la démographie médicale, de la contrainte financière et capitaliser sur les innovations technologiques et thérapeutiques, en cohérence avec le projet territorial et les autres acteurs sanitaires et médico-sociaux (différenciation proximité, recours).
- Transformer l'offre médico-sociale : favoriser les regroupements et une plus grande modularité dans les prises en charge (hébergement permanent, temporaire, de crise, suivi social, scolaire, professionnel...), par exemple par la création de plateformes de services. Positionner certains établissements comme centre ressource et/ou d'expertise sur leur territoire.
- Définir avec les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux les trajectoires d'évolution de leurs activités dans les territoires dans les années à venir.
- Mobiliser le soutien aux investissements de l'ARS et des partenaires au service des transformations à venir : les politiques d'investissements à mettre en œuvre dans le secteur de la santé s'inscriront, dès 2018 dans l'anticipation de la transformation des structures et services de santé de demain, en incluant les virages ambulatoire et technologique.
- Soutenir les actions de sécurisation des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux.
- Regrouper et professionnaliser les acteurs de la prévention, au service de projets emblématiques et d'envergure, au bénéfice d'une part significative de la population :
 - des projets basés sur des données probantes et faisant l'objet d'une évaluation intégrée.
 - dans le cadre d'une approche de santé globale intersectorielle par milieu de vie (école, travail, environnement....) et sur les déterminants (environnement, sociaux, comportements...).

1.4 METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE RÉGIONALE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

La problématique de la démographie médicale et des difficultés d'accès aux soins dans les territoires ruraux focalise l'attention sur la question du nombre et de la répartition des professionnels de santé. Pourtant, dès que l'on commence à aborder ce sujet, d'autres viennent en cascade : des professionnels pour quels besoins ? Du premier recours, certes, mais avec quelles spécialités et quels services hospitaliers en appui de ces soins de proximité ? Quelles compétences, quelles pratiques, quelles organisations de soins répondront aux besoins de la population de 2023 et des années suivantes ? Comment les professionnels eux-mêmes perçoivent-ils ces évolutions et comment, au regard de leurs aspirations, rendre les territoires périphériques plus attractifs pour les jeunes médecins ?

Ce sont toutes ces questions qui ont guidé nos réflexions et nous conduisent à engager plusieurs actions afin d'élaborer,

progressivement et avec les intéressés, une politique régionale de ressources humaines en santé qui permette de traiter en parallèle les questions de démographie et de répartition territoriale, de modes d'exercice, de compétences et d'évolution des pratiques, de formation, de parcours professionnels et de qualité de vie au travail.

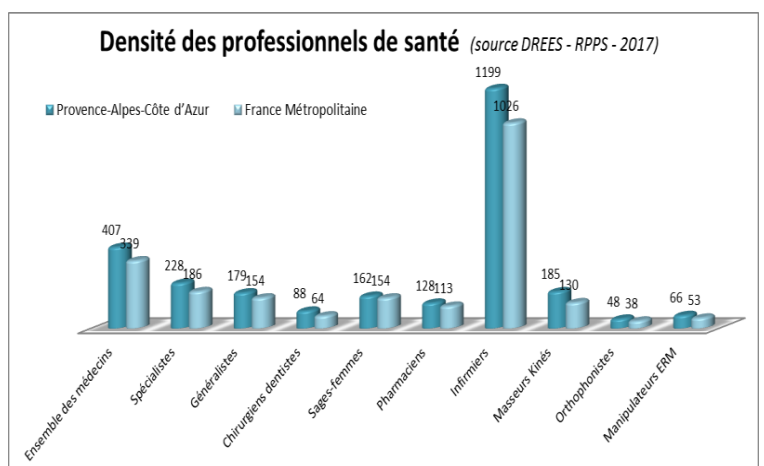
Les enjeux d'une politique de ressources humaines en santé sont donc de :

- se doter d'une capacité d'analyse et d'anticipation pour adapter les formations aux besoins en personnels de santé, tant en nombre qu'en compétences ;
- accompagner l'évolution des métiers, de pratiques et des organisations ;
- améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé ;
- prendre en compte leurs attentes en termes de pratiques et de conditions d'exercices.

1.4.1 MIEUX CONNAITRE ET ANTICIPER LES ÉVOLUTIONS DE LA DÉMOGRAPHIE

1.4.1.1 Partager les données et les analyses

Avec plus de 20 000 médecins, 60 000 infirmiers, 6 000 pharmaciens, 4 000 chirurgiens-dentistes et 11 600 autres professionnels de santé (1 700 sages-femmes, 9 000 kinésithérapeutes, ...), la région Paca affiche les densités les plus fortes en France, pour la quasi-totalité des professions ou spécialités. Elle souffre néanmoins de disparités territoriales qui vont s'aggraver dans les années à venir. De plus, dans notre région, l'importance du secteur privé et de l'exercice libéral impose une attention particulière sur les conditions d'accès aux soins.



NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR 100 000 HABITANTS

L'importance des départs en retraite se fait désormais sentir, en particulier dans les territoires les plus isolés et pour certaines spécialités médicales. De plus, les nouvelles générations de médecins ont des aspirations différentes de celles de leurs aînés, tant en termes de modes d'exercice que de pratiques

et d'appréhension de leur carrière. Ainsi, contrairement aux décennies passées, le renouvellement des médecins ne se fera pas «naturellement», et une réflexion prospective et stratégique s'impose pour anticiper les besoins et accompagner les réorganisations. La problématique se pose également au niveau des professions paramédicales. En effet, en Paca, la part des infirmiers et des masseurs kinésithérapeutes de plus de 55 ans est supérieure respectivement de 6 et 4 points à la moyenne nationale.

De plus, la région Paca est particulièrement marquée par le vieillissement de sa population et de ce fait par le développement des maladies chroniques. La conjonction de ces deux phénomènes amène les professionnels de santé de ville à être confrontés à des patients de plus en plus complexes dont la prise en charge sanitaire est liée à la situation sociale.

Pourtant, plus que de médecins, nous manquons de temps médical : leur périmètre d'activité s'est étendu à des fonctions de coordination ou des tâches administratives et, contrairement à ce qui s'est passé dans d'autres pays, la transition épidémiologique ne s'est pas traduite par une réorganisation des soins ni par de nouvelles répartitions des responsabilités entre professionnels. Il faut donc regagner du temps médical en développant les pratiques en équipe pluri-professionnelle.

Il s'agira donc d'engager une analyse prospective et d'identifier les leviers :

- pour l'accès aux soins de proximité, avec des équipes pluri professionnelles ;
- pour maintenir des équipes complètes sur les plateaux techniques des établissements de santé, en fonction de leur niveau (simple, spécialisé ou de recours) ;
- pour prendre en compte les évolutions des périmètres de certaines spécialités : entre gynéco-obstétriciens et sages-femmes, anesthésistes et infirmières anesthésistes, ophtalmologues et orthoptistes,...

1.4.1.2 Rencontrer les professionnels et les étudiants afin de mieux comprendre leurs aspirations et leurs besoins

Le but est de renforcer les leviers de l'attractivité des professions de santé dans les zones isolées : liaison avec l'expertise (via la télémédecine), équipes pluri-professionnelles, lien ville hôpital, nouvelles organisations, incitatifs financiers et nouveaux modes de rémunération ...

Le Comité régional de l'observatoire national de la démographie médicale (ONDPS) sera piloté par l'ARS. Ce Comité régional rassemble l'ensemble des acteurs concernés : les doyens des universités de médecine, les conseils de l'ordre, les représentants des URPS médecins et paramédicaux, les représentants des étudiants...Il sera l'instance de pilotage de la démographie médicale et paramédicale.

Il permettra de partager ces analyses prospectives de l'offre afin de construire ensemble des réponses organisationnelles innovantes.

Des groupes de travail spécifiques seront mis en place pour les soins de proximité, la santé de la femme et la filière visuelle, et sur tout sujet jugé prioritaire. L'instance en charge de la répartition des stages des internes et les groupes de travail rendront compte de leurs travaux au Comité régional au moins deux fois par an.

1.4.2 ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DES ORGANISATIONS

L'évolution des métiers de la santé dans les années à venir devra prendre en compte un triple changement : la technicité croissante dans les stratégies thérapeutiques ; la personnalisation des prises en charge et l'accompagnement des personnes et de leur entourage ; l'évolution des frontières entre les métiers de la santé, le développement de la pluridisciplinarité et des pratiques partenariales.

Face à l'importance de l'ensemble de ces évolutions, il importera encore davantage de «prendre soin de ceux qui soignent».

1.4.2.1 Promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice

Alors que l'articulation ville-hôpital est essentielle à la bonne continuité des soins, les échanges entre l'institution hospitalière et les soins primaires, ou soins de proximité, restent encore «professionnels dépendants» et peinent à se structurer. C'est également le cas avec le secteur médico-social.

Préfigurer de nouvelles organisations et accompagner les professionnels.

Face à l'expertise, le patient, même bien éduqué et informé, aura besoin d'accompagnateurs, de médiateurs et de référents de proximité.

Il y a là tout un champ à investir et en 2030, les métiers paramédicaux tels que infirmiers auront pris une nouvelle place, avec des professionnels de santé de pratiques avancées, qui pourront tout à la fois assurer des réponses de proximité et faciliter la continuité avec les soins de spécialité et de recours.

De plus, le virage ambulatoire nécessite en miroir un développement des prises en charge au domicile. Plusieurs pistes innovantes pourront ainsi être explorées et mises en place.

- Accompagner les GHT pour la constitution d'équipes médicales partagées et la structuration des liens avec les médecins de ville et le secteur médico-social (intra GHT et inter GHT).
- Inciter les médecins à avoir un exercice partagé dans des zones déficitaires en ressources soignantes.
- Préfigurer des modes de prise en charge intégrée, dans le cadre des expérimentations «article 51» de la LFSS 2018 sur des sites pilotes ayant déjà une expérience en pratique avancée ou avec des équipes de professionnels volontaires.
- Soutenir la recherche en soins de proximité avec la participation active des acteurs médicaux, paramédicaux et des patients afin d'améliorer les pratiques médicales ambulatoires et de mieux mesurer les impacts des soins primaires en termes de santé publique.
- Former les professionnels à l'utilisation des outils collaboratifs sécurisés : télémédecine, messageries sécurisées, dossier médical partagé... afin de favoriser les échanges et constituer ainsi de véritables communautés professionnelles autour de la prise en charge de chaque patient.
- Repérer, évaluer et accompagner les innovations organisationnelles qui facilitent l'accès aux soins, et permettent de remédier aux inégalités de santé. Il s'agit d'innover pour que des équipes appartenant à des structures différentes (libéraux, associatifs, privés, publics) adhèrent à un projet territorial commun pour améliorer l'état de santé d'une population.

1.4.2.2 Accompagner la répartition des compétences soignantes sur les territoires

Il s'agit à la fois de développer les soins de premier recours, d'assurer une répartition territoriale des «soins de second recours», et de renforcer les équipes de soins de 3^{ème} recours autour de plateaux techniques performants.

L'accompagnement de la répartition des professionnels comprend plusieurs dimensions : l'information, l'incitation, par des dispositifs financiers notamment, et l'aide à la mobilité le cas échéant. Cet accompagnement peut aussi devenir plus global, et concerner des équipes pluri professionnelles.

Agir dès l'internat

- Sensibiliser les internes aux différentes aides et dispositifs existants pour faciliter leur installation en médecine de ville ou à l'exercice en établissement de santé en organisant, une fois par an, une rencontre avec les internes, les médecins et structures des territoires (professionnels de ville et établissements de santé), les universités de médecine, des collectivités territoriales, l'assurance maladie et les institutions concernées.
- Mettre à disposition des internes une information claire sur les différents types de carrières possibles à l'issue de leur formation tant en ville que dans les établissements de santé et sur les dispositifs d'incitation et d'accompagnement.
- Favoriser «les îlots de formation» permettant aux internes de médecine générale de suivre tout ou partie de leur troisième cycle d'études médicales sur un territoire à distance de la faculté de Marseille ou Nice. L'expérience montre qu'après deux années universitaires passées au sein d'un même territoire, les internes se sont constitués un réseau de professionnels et sont plus enclins à s'installer en périphérie.
- Intégrer la spécificité des pratiques médicales de ville à la formation des médecins et développer les terrains de stage chez les praticiens libéraux, toutes spécialités confondues, avec un axe spécifique sur l'importance de la pluridisciplinarité.

Créer des postes passerelles entre l'internat et l'installation ou le recrutement en CH

- Faire connaître et amplifier la création de postes d'Assistants Spécialistes à Temps Partagé (ASTP) qui permettent à de jeunes médecins de finir leur maquette de formation, et à terme de faciliter leur installation dans les établissements ou maisons de santé périphériques.
- Etendre le dispositif d'ASTP à la spécialité de médecine générale entre une structure ambulatoire et un établissement public de santé afin de favoriser l'exercice mixte qui semble correspondre aux aspirations des jeunes médecins.
- Encourager et valoriser les temps médicaux partagés entre établissements et avec les structures ambulatoires et médico-sociales.

1.4.2.3 Soutenir les établissements de santé dans leurs réorganisations

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit que les établissements de santé publics constituent un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et y associent des établissements privés dans une logique d'accès aux soins, de qualité et de filières.

A terme, la fonction ressources humaines (RH) des établissements de santé va se trouver profondément modifiée : les fonctions de formations font partie du socle mutualisé (formations initiales et continues des paramédicaux, développement professionnel continu des médecins), et les projets médicaux partagés conduiront, de plus en plus les établissements du groupement à avoir une politique convergente en matière de ressources humaines médicales.

Pour accompagner ce mouvement, il est possible de :

- Accompagner les GHT dans leurs analyses des besoins en personnel médical et paramédical et développer au sein de chaque GHT, la culture de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences avec une vision prospective.
- Identifier les spécialités médicales en tension.
- Accompagner la mise en place des équipes médicales de territoires au sein des GHT, en liaison avec les soins de proximité, accompagner la création des nouveaux métiers et des nouvelles organisations par des dispositifs innovants (formation, financement ...).

1.4.2.4 Construire des parcours professionnels valorisant la mobilité

L'idée est de proposer des parcours professionnels diversifiés et valorisants afin de permettre aux professionnels de santé qui jouent la carte de la territorialisation d'avoir des garanties de possibilité de mobilité vers des centres hospitaliers plus importants après quelques années.

- Cette notion de parcours professionnel est essentielle pour attirer des jeunes vers les territoires ruraux : ceux-ci seront d'autant plus attractifs qu'ils n'apparaîtront pas comme des impasses professionnelles. Il faut jouer sur tous les outils de la coopération entre structures pour permettre des détachements et mises à disposition de professionnels de santé expérimentés en périphérie pour une durée déterminée, avec une assurance de retour et de valorisation de l'expérience acquise. C'est un sujet en cours de discussion avec les universités et les CHU.
- Une démarche analogue pourrait être engagée avec le secteur médico-social qui peine à recruter des infirmiers : les jeunes sortis d'instituts doivent pouvoir consolider leurs acquis au sein d'équipes hospitalières. Les Ehpad et structures médico-sociales ont un taux d'encadrement infirmier plus faible et doivent bénéficier de professionnels expérimentés, et fortement connectés à l'hôpital.

Il nous faudra collectivement innover pour valoriser ces parcours professionnels, dont les premiers bénéficiaires seront les personnes accueillies et les patients.

1.4.2.5 Prendre soin de ceux qui soignent

Assez paradoxalement, les besoins des soignants en matière de santé sont restés longtemps sous silence. Le soin et le « prendre soin » (*care*) sont pourtant des activités exposées, avec, du fait du poids des patients (au sens propre et au figuré) des risques physiques et psychiques réels. De plus, le soignant ne l'est que s'il s'implique en tant que personne : sa bonne santé physique et mentale est son outil de travail. Souvent très engagés, les professionnels de santé sont souvent plus résistants et résilients. Pourtant, les personnels du secteur médico-social sont plus touchés par les troubles musculo-squelettiques, et plusieurs événements dramatiques ont révélé le vécu de souffrance au travail des médecins.

Il s'agira donc, avec les établissements et les URPS, d'initier et de soutenir des actions pour mieux repérer les situations à risque, les prévenir et les corriger, et accompagner les professionnels. Plusieurs pistes sont à travailler :

- poursuivre les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ;
- repérer et diffuser les bonnes pratiques de qualité de vie au travail en organisant des échanges entre établissements ;
- identifier les problématiques rencontrées par les professionnels de santé, en ville comme en établissement, et mettre en place des actions spécifiques avec leurs représentants/ou leurs employeurs ;
- organiser des partages d'information et des temps forts sur ce thème en lien avec la HAS et la DGOS ;
- mettre en place des actions spécifiques pour les médecins (consultations spécifiques, groupes d'analyse des pratiques ...).

1.4.3 AGIR DÈS LA FORMATION POUR PRÉPARER LES PROFESSIONNELS AUX PRATIQUES DE DEMAIN

Les tendances actuelles laissent penser que, dans les années qui viennent, les passerelles entre les métiers seront accrues et les carrières professionnelles seront davantage diversifiées et mixtes. Les médecins consacreront une part de leur temps à travailler avec des infirmiers et d'autres professionnels paramédicaux, en particulier pour le suivi des patients âgés ou atteints de maladies chroniques à un stade avancé.

De plus, les progrès de l'intelligence artificielle renforceront l'importance de la dimension empathique et pédagogique de l'acte thérapeutique.

L'ARS s'engage donc à :

Travailler avec les deux universités de médecine et le Conseil régional pour anticiper les besoins de formation et les évolutions à y apporter.

Les innovations décrites conduiront à renouveler les modalités de formation des médecins, afin de préparer les futurs professionnels à intégrer les innovations scientifiques et numériques, les nouveaux enjeux de santé publique et à utiliser l'intelligence artificielle (IA) et les objets connectés au service de la relation avec le patient.

- Innover dans les modalités de formation (simulation, e-learning, intégration de l'intelligence artificielle ...).
- Former des professionnels ensemble et les former au travail en équipe, à la supervision et à la gestion de conflit, préparer les étudiants et les internes de médecine aux nouveaux modes d'exercice.
- Renforcer les compétences psycho-sociales et relationnelles des soignants, en intégrant les découvertes des neurosciences en matière de pédagogie, et de développement des compétences d'empowerment (pour eux-mêmes et pour leurs futurs patients).
- Soutenir la création de la filière de formation en pratiques avancées et financer la part hospitalière des postes de formateurs infirmiers HU.

Préparer les étudiants en santé à leur rôle d'acteurs de santé publique

- Mettre en place le service sanitaire des étudiants en santé, en lien avec les étudiants, les facultés et instituts de formation, les élus et les associations.
- Intégrer la prévention-promotion de la santé dès la formation initiale des acteurs du soin, et inclure la prise en compte des effets de l'environnement sur la santé. Le Service sanitaire des étudiants en santé devrait permettre de sensibiliser et d'engager des étudiants à la prévention et de devenir de futurs professionnels de santé investis et sensibilisés afin qu'ils intègrent la prévention dans leurs pratiques professionnelles.
- Développer les compétences des professionnels pour répondre aux nouveaux défis sanitaires.

Orienter les formations continues vers le soutien à ces innovations

La formation continue peut être un puissant levier d'accompagnement du changement. En relation avec les OPCA, l'ARS souhaite contribuer à cette réflexion.

1.5 DÉPLOYER L'INNOVATION ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION

Les innovations ont toujours tiré le système de santé et suscité ses adaptations. Aujourd'hui, à côté de l'accélération des innovations scientifiques et technologiques des domaines liés au soin, la capacité à récolter, traiter et stocker des données, la prégnance des systèmes connectés et, bientôt, le développement de l'intelligence artificielle (IA) ont un effet multiplicateur sur les évolutions.

Deux grands types d'innovations sont traités ici :

- les innovations organisationnelles, qui doivent être impulsées et accompagnées.
- celles du numérique, qui appellent de la part de l'agence un schéma directeur et une stratégie d'investissement et d'accompagnement.

1.5.1 IMPULSER ET ACCOMPAGNER L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE

L'innovation n'étant par définition pas connue, il n'est pas question de décrire ici celles qui émergeront.

La stratégie nationale de santé pose le cadre : pour construire une politique de prévention intégrée, améliorer l'accès aux soins et lutter contre les inégalités, il faudra innover.

1.5.1.1 Avec l'article 51 de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018, le législateur a donné un cadre pour conduire des innovations organisationnelles

Les outils juridiques et financiers sont assouplis avec des possibilités d'expérimentations inédites : avec l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018, le législateur a ouvert la voie à la possibilité d'organiser des prises en charge coordonnées (parcours ou épisodes de soins) et coordonnées par des équipes pluri-professionnelles. Il sera également possible d'innover dans les financements pour rémunérer l'ensemble des activités réalisées dans le cadre de la prise en charge globale des patients, et de rémunérer les pratiques avancées des professionnels paramédicaux qui y seront associés.

La région Paca a déjà des atouts grâce aux expérimentations en cours (Paerpa : accompagnement du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, dans le Var Est, infirmières en pratiques avancées en MSP ou en cancérologie ...). La mise en œuvre de l'article 51 permettra d'aller plus loin et de préfigurer des prises en charge centrées sur des filières de soins ou des situations complexes.

De plus, l'ARS Paca est région expérimentatrice pour plusieurs dérogations lui permettant d'assouplir le cadre réglementaire de mesures facilitant le développement des soins de proximité et les prises en charge médico-sociales. Ainsi, les conditions de validation d'un programme d'éducation thérapeutique sont assouplies et les professionnels pourront en créer davantage pour permettre aux patients de devenir plus autonomes dans la prise en charge de leur maladie.

Le cadre donné par l'article 51 de la LFSS permettra de recenser les initiatives allant dans le sens d'une approche globale et coordonnée des patients, afin de pouvoir les inclure dans le dispositif expérimental ou de les accompagner dans une étape intermédiaire de maturation (incubateurs de projets).

1.5.1.2 L'innovation organisationnelle viendra également de l'analyse des données et de leur utilisation pour l'aide à la décision, la coordination et le suivi des patients

L'enjeu de la valorisation de la donnée recueillie

Un système d'information moderne en santé doit se donner comme objectif de rendre les données recueillies intelligibles pour l'aide à la décision qu'elle soit du côté du clinicien, du côté du patient mais également en matière de santé publique. La question posée est donc celle de la qualité de la valorisation de données massives et relève d'une réflexion sur « l'architecture du choix »^[2], qui dépasse à l'évidence les strictes considérations régionales.

Les grands entrepôts de données peuvent être mis au service de l'organisation du système de soins et de la santé publique

Le SNDS collige à l'échelle de l'individu et pour la France entière, la majeure partie des consommations de soins effectuées en ville et à l'hôpital : son exploitation efficace représente donc un enjeu important au plan académique et pour la décision publique dans notre pays.

Ainsi, un nombre conséquent de travaux de recherche en santé publique s'organisent actuellement autour de cet outil dans les domaines de la pharmacovigilance, de la pharmacoépidémiologie (ex : ANSM) et concernant des problématiques d'efficience de parcours de soins en relation dans le cadre de techniques de type « big data ».

Le développement des outils numériques peut apporter une aide à la décision au niveau du patient, par le partage d'informations qu'il peut générer entre professionnels. Il ouvre d'une part la voie à une meilleure « coordination » des actions, d'autre part la possibilité d'un monitoring en temps réel permettant au patient d'être acteur de sa santé et des stratégies thérapeutiques qui le concernent à plus longue échéance (établir un parcours cible par exemple).

«Les technologies du numérique sont porteuses de changements majeurs dans l'organisation et le fonctionnement de notre système de santé. Elles permettent non seulement de moderniser les organisations actuelles, mais aussi d'imaginer des pratiques radicalement nouvelles. Notre système de santé a besoin de ces innovations pour dépasser les difficultés de coordination entre professionnels, faire face à une part croissante de patients atteints de maladies chroniques, permettre aux citoyens et patients d'être plus impliqués dans leur prise en charge». (Stratégie nationale e-santé 2020)

1.5.2 UTILISER LES OUTILS NUMÉRIQUES : DES OBJETS CONNECTÉS A LA TÉLÉSANTÉ, QUEL PARTAGE D'INFORMATION ET POUR QUOI FAIRE ?

Le présent volet du PRS constitue une synthèse des orientations stratégiques en matière de mise en œuvre et de développement des systèmes d'information locaux et régionaux en Paca. Il sera décliné plus précisément au niveau du schéma directeur régional des systèmes d'information. Ces éléments constituent le cadre de référence régional pour le développement des outils du numérique en santé.

^[2] « Nudge, la méthode douce pour inspirer la bonne décision », Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein

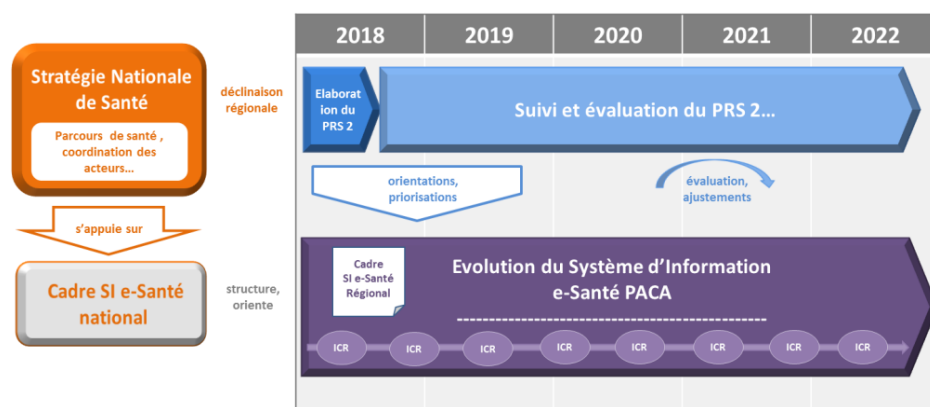
Ainsi, ils ont vocation à être pris en compte pour tous les projets de systèmes d'information locaux, ou régionaux :

- élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information : établissements de santé, structures de coordination, GHT ;
- évolution et mise en œuvre de nouveaux outils informatiques au sein des structures de santé ;
- mise en œuvre d'un dispositif de coordination ou bien de partage et d'échange de données de santé.

Néanmoins, ce volet du PRS n'a pas pour objet de traiter des modalités précises de mise en œuvre ou bien de développement des systèmes d'information de santé internes et propres à chaque acteur.

Il constitue un cadre de référence pour toute interaction avec l'Espace numérique régional de santé (ENRS) Paca, ainsi que les plateformes nationales dédiées aux données de santé.

Il est amené à évoluer afin de répondre à l'évolution du contexte national, notamment le cadre réglementaire et la politique nationale de santé. Il s'adaptera également à l'évolution du contexte régional, en fonction de l'émergence de nouveaux besoins et de la politique régionale de santé.



Les axes stratégiques e-santé

Les éléments déclinés ci-dessus ont été définis en tenant compte :

- de l'état des lieux du développement des systèmes d'information de l'ENRS Paca ;
- des besoins exprimés par les professionnels de santé, ainsi que les patients dans le cadre général de concertation mis en œuvre pour l'élaboration du PRS.
- de la stratégie nationale de santé, et de sa déclinaison régionale.
- de l'évolution du contexte en matière de nouvelles technologies dans le domaine de la santé, ainsi que des innovations techniques et organisationnelles.

Les principaux objectifs du cadre stratégique SI en région se déclinent comme suit :

- Inscrire le numérique en tant que levier du développement de la politique régionale de santé
- Définir une gouvernance régionale permettant la concertation responsable et l'implication de l'ensemble des acteurs concernés.
- Définir un socle commun de développement des outils du numérique.
- Mettre en œuvre les dispositifs nécessaires à l'accompagnement des acteurs régionaux afin de répondre aux orientations nationales, ainsi qu'à l'ensemble des directives réglementaires, et aux besoins des acteurs de la région.

- Inscrire l'Espace numérique régional de santé (ENRS) dans une stratégie de mutualisation, d'échange, et de respect des normes de sécurité et d'interopérabilité.
- Ouvrir l'ENRS à l'ensemble des professionnels de santé, ainsi qu'aux patients.

1.5.2.1 Définir une gouvernance régionale autour des systèmes d'information

L'instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 précise l'organisation sur laquelle chaque ARS devra s'appuyer pour définir et mettre en œuvre la stratégie régionale d'e-santé en concertation avec tous les acteurs de santé (établissements de santé, établissements médico-sociaux, médecine libérale, structures de coordination, ..). L'ARS Paca a initié une réflexion autour de la gouvernance régionale en matière de e-santé, qui aboutira l'application opérationnelle d'un nouveau dispositif de gouvernance dès le premier semestre 2018.

La nouvelle gouvernance vise plusieurs objectifs :

- doter la région d'un dispositif de concertation associant l'ensemble des acteurs concernés par les projets e-santé et les évolutions de l'ENRS Paca ;
- renforcer l'implication des acteurs de l'offre de soins, ainsi que des patients afin de développer les usages du numérique dans un objectif d'efficacité et d'appui aux organisations ;
- développer des dispositifs d'appui et d'accompagnement des acteurs dans la mise en œuvre des politiques nationales et régionales en matière de système d'information, ainsi que la promotion de l'innovation ;
- structurer la maîtrise d'ouvrage régionale et renforcer le dispositif de dialogue responsable et efficace dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens ;
- doter la région d'un schéma directeur régional des systèmes d'informations, déclinaison opérationnelle de la stratégie régionale e-Santé.

1.5.2.2 Généraliser les normes et usages pour les outils en lien avec les plateformes et projets nationaux

Généraliser l'usage et l'accès de la messagerie sécurisée MS-SANTE

Le déploiement de la messagerie sécurisée de santé s'inscrit dans le cadre de l'instruction DGOS/PF5/2014/361. Cette disposition vise à sécuriser les échanges et le partage de données de médicales entre les professionnels de santé.

La mise en œuvre de cette instruction a fait l'objet de plusieurs actions d'accompagnement et de soutien à l'échelle nationale ces dernières années.

Au niveau de la région Paca, le projet a bénéficié d'une forte dynamique d'accompagnement vis-à-vis des acteurs concernés. Ainsi, une plateforme d'interopérabilité avec l'espace de confiance de l'ASIP (agence française de la santé numérique) été mise en œuvre. Elle a facilité l'accès à l'usage de la messagerie sécurisée de santé (MS-Santé) pour tous les acteurs volontaires.

La stratégie à venir poursuit cette forte dynamique en vue de l'augmentation des usages et des volumes de flux d'échanges sécurisés. Elle induit un objectif de totale compatibilité des SI locaux avec la MS-Santé. Cette interopérabilité se traduit par une automatisation de la génération de flux sécurisés pour toute diffusion de données de santé vers des partenaires et/ou des plateformes régionales.

Généraliser l'usage et promouvoir le peuplement de la plateforme Dossier Médical Partagé (DMP)

Le dispositif autour du DMP suite au décret n°20166914 du 4 juillet 2016 est un axe important de développement de l'ENRS régional. Il se traduit par une étroite collaboration avec l'assurance maladie pour développer les usages et le peuplement du DMP. Cet objectif s'inscrit dans une orientation globale de partage et de facilitation d'accès aux données médicales pour les patients, ainsi que les professionnels de santé autorisés.

Le schéma directeur régional des systèmes d'information y contribuera au travers de projets visant à :

- renforcer et augmenter le niveau d'interopérabilité des SI locaux avec la plateforme DMP ;
- promouvoir le développement des outils du numérique au sein des structures de santé et au niveau de la médecine de ville ;
- promouvoir et appuyer la mise en œuvre des dispositions facilitant le peuplement du DMP.

1.5.2.3 Soutenir la mise en œuvre et le déploiement des référentiels nationaux et des normes d'interopérabilité des SI de santé

Consolider les référentiels régionaux – Répertoire opérationnel des ressources (ROR) et Serveur Régional de Rapprochement des Identités (SRIR).

Il s'agit d'un axe majeur de la stratégie systèmes d'information du présent PRS : les référentiels régionaux tels que le Répertoire opérationnel des ressources (ROR), ainsi que le Serveur Régional de Rapprochement des Identités (SRIR) constituent un socle commun pour toute interaction avec l'ENRS Paca.

En conséquence, la stratégie régionale vise un objectif de pleine interopérabilité des SI locaux avec les référentiels régionaux cités ci-dessus.

S'agissant du Serveur régional de rapprochement des identités (SRIR), ce dispositif constitue un prérequis à tout déploiement d'outils régionaux. Il permet une identification régionale unique pour les patients. Il répond au cadre réglementaire et organisationnel autour de l'identito-vigilance dans toutes ses dimensions.

Assurer la conformité aux normes et au cadre de la politique générale de sécurité des systèmes d'information

La criticité des données de santé, et la recrudescence des menaces dans le domaine du numérique induisent la nécessité d'une vigilance extrême en matière de sécurité des systèmes d'information. Ce contexte a induit un renforcement du cadre juridique et des dispositifs de contrôle de la conformité des SI aux règles de sécurité. La conformité des systèmes d'information de santé à l'échelle régionale et locale est un impératif pour tout acteur du champ concerné. Elle conditionne la sécurité de tout traitement de données nominatives, et à fortiori les données de santé.

La politique générale de sécurité des systèmes d'information (PGSSI) nationale sera déclinée à l'échelle régionale tant au niveau du SI régional que pour les SI locaux. Par ailleurs, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est entré en vigueur en mai 2018. Sa mise œuvre impacte fortement les dispositions de sécurité des données nominatives tant au niveau de l'ENRS que pour les SI locaux.

La stratégie régionale vise à s'assurer que l'ensemble des composants du SI régional soient conformes au cadre réglementaire, ainsi qu'aux bonnes pratiques en la matière.

Un plan d'actions et des mesures d'accompagnement et d'incitation de tous les acteurs de l'offre de soin seront conduits, afin de les inciter à promouvoir et à décliner les mesures de sécurité au niveau de leurs systèmes d'information.

Intégration des Systèmes d'information et normes d'interopérabilité

Outre les travaux d'urbanisation de l'ENRS, la stratégie de développement du numérique comporte un axe majeur autour des problématiques d'intégration et d'interopérabilité des différents composants du SI régional.

Cette stratégie s'attache à :

- porter les travaux d'interopérabilité des outils SI développés pour les usages régionaux ;
- appuyer et accompagner les acteurs de l'offre de soins dans leurs travaux d'intégration de leurs outils avec les plateformes régionales, ainsi qu'au niveau local (SI des établissements).

Ce volet s'appuie sur le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS). Il porte un objectif d'efficacité et de sécurité et qualité des données en privilégiant la saisie unique de la donnée, puis sa diffusion aux outils concernés. Son champ couvre :

- l'interopérabilité technique qui porte sur les modalités de transport des flux et sur les services garantissant l'échange et le partage des données de santé dans le strict respect des exigences de sécurité et de confidentialité ;
- l'interopérabilité des contenus métiers, qui permet le traitement des données de santé et leur compréhension par les systèmes d'information en s'appuyant sur des référentiels communs.

1.5.2.4 Accompagner les établissements dans le cadre de la mise en œuvre des SI de Groupements hospitaliers de territoire

La loi de modernisation du système de santé N° 2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit la constitution de Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cette disposition précise certains éléments autour des systèmes d'information de cette nouvelle entité.

La stratégie régionale se décline dans une logique d'efficacité des SI des GHT et de cohérence avec l'ENRS en matière d'urbanisation et d'interopérabilité.

Le principe de convergence des systèmes d'information est retenu. Il a pour objectifs de :

- faciliter l'accès et le partage de l'information afin de répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des patients entre les établissements du GHT ;
- faciliter la mutualisation des fonctions telle que définie au niveau du projet du GHT.

Ces objectifs se traduisent par :

- une homogénéisation progressive du système d'information au sein du GHT ;
- la mise en place d'une gestion commune des «identités patients» ;
- l'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information du GHT conforme aux objectifs du projet médical partagé.

1.5.2.5 Développer la maîtrise d'ouvrage régionale déléguée et l'Espace numérique régional de santé

Accompagner les acteurs de santé et leur fournir un appui méthodologique dans la mise en œuvre des politiques nationales autour des systèmes d'information : sécurité des SI, accès à l'offre industrielle, conduite de projets,...

Le système d'information constitue désormais un enjeu stratégique pour l'ensemble des acteurs dans le champ de la santé. Il porte des enjeux et des contraintes de plus en plus forts :

- cadre réglementaire ;
- gestion du risque et de la sécurité ;
- nécessité de continuité de service du fait de la criticité des composants ;
- enjeux économiques, juridiques et contractuels ;
- complexité technique.

Ces éléments constituent des freins potentiels au développement du numérique pour certains acteurs.

Afin de répondre à cette difficulté, la stratégie de développement des systèmes d'information inclut un volet d'accompagnement des structures. Cet accompagnement pourra se décliner sous plusieurs formes :

- aide méthodologique ;
- mutualisation d'expertises ;
- mutualisation de dispositifs de contractualisation ;
- mise en œuvre de structures de formalisation des retours d'expérience ;
- télémédecine.

Accompagner le déploiement de la télémédecine

La télémédecine est un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins. Elle s'inscrit dans une logique d'amélioration de prise en charge des patients mais également de mutualisation de ressources et de moyens. Ainsi, elle permet :

- une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients ;
- une mutualisation des expertises dans une logique de qualité et d'efficience ;
- une facilitation de l'accès aux soins en contribuant à rompre l'isolement des professionnels de santé et du secteur médico-social, ainsi que des patients.

Le recours à la télémédecine répond également à des enjeux en lien avec le contexte général de santé à l'échelle nationale, ainsi qu'aux spécificités à l'échelle régionale pour Paca. En conséquence, le développement des organisations et des technologies en télémédecine constitue un levier majeur pour répondre aux enjeux épidémiologiques, de gradation des soins, de démographie médicale et de performance

Cinq priorités ont été identifiées dans le cadre national :

- imagerie et télé radiologie au service de la permanence des soins ;
- prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- santé des personnes détenues ;
- prise en charge des maladies chroniques (insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque ou diabète...) ;
- soins dans le cadre de structures médico-sociales ou d'hospitalisation à domicile (HAD).

Les spécificités de la stratégie régionale de télémédecine

Tout en s'inscrivant pleinement dans le cadre des priorités nationales, la stratégie régionale de télémédecine en Paca répond également aux spécificités locales. Ceci se traduit par la prise en compte des sept parcours de santé identifiés comme prioritaires.

Le développement des usages en télémédecine sera prioritairement orienté vers les zones fragiles, les structures d'exercice coordonné, le secteur médico-social, les milieux pénitentiaires et les groupements hospitaliers de territoire. Le déploiement des technologies du numérique en matière de télémédecine portera également les projets d'innovations technique et organisationnelle.

Toute activité de télémédecine efficiente doit reposer nécessairement sur un projet médical et une organisation répondant à des priorités et à des besoins de professionnels et de population d'un territoire

Le cadre réglementaire généralise le financement des téléconsultations et des télé-expertises et met ainsi fin à leur caractère expérimental. Il prolonge de quatre ans le financement des expérimentations de télésurveillance prévu dans le cadre du programme Etapes (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé).

Le dossier communicant de cancérologie

Le dossier communicant de cancérologie (DCC) a été développé par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC). Le Plan cancer 2014-2019 réaffirme l'importance du DCC et œuvre à sa généralisation. Il prévoit la généralisation du DCC et vise à mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.

La stratégie régionale en e-santé intègre cet objectif national et en fait une priorité en Paca.

Elle se traduit par le déploiement d'un premier socle de partage des fiches RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire) à l'échelle de la région. Ceci induit la mise en œuvre d'une plateforme mutualisée au sein de l'ENRS et accessible à tous les acteurs concernés par le parcours cancer. Les services inhérents à cette plateforme seront déployés en cohérence avec les autres composants de l'ENRS tels que la messagerie sécurisée, l'annuaire des RCP, le programme personnalisé de soins (PPS), les modalités d'accès aux recommandations de pratiques cliniques et aux registres des essais cliniques, ...

Accès aux outils de diagnostic en imagerie médicale (Pacs - *Picture archiving and communication system*)

Le domaine de l'imagerie médicale a fait l'objet de nombreuses mutations technologiques lors de ces dernières années. Par ailleurs, les industriels ont développé des offres permettant de mutualiser des fonctions d'aide au diagnostic en imagerie. Ces offres intègrent également des plateformes de partage et d'échange en imagerie médicale.

La stratégie régionale vise à généraliser l'imagerie sans film à l'ensemble des territoires. Il s'agit de déployer des plateformes de mutualisation des fonctions Pacs et de stockage et d'archivage des données permettant ainsi de concourir à :

- faciliter la disponibilité du dossier d'imagerie du patient pour l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans un parcours, notamment dans le cas du parcours cancer ;
- outiller les processus de télémédecine et de télé expertise en imagerie médicale ;
- mettre à disposition des structures et des établissements qui le souhaitent une plateforme en optimisant les coûts.

Coordination et gestion des parcours de soins

Le volet gestion des parcours est inscrit au niveau du PRS en tant qu'axe stratégique assorti de plusieurs parcours prioritaires. Le système d'information a clairement été identifié comme levier pour l'atteinte des objectifs de gestion des parcours et coordination des professionnels de santé.

Cette stratégie induit la nécessité de mise en œuvre d'un système d'information agile et performant. Il devra faciliter le décloisonnement des différents champs de la santé, et la coordination optimale des acteurs. A l'ère de l'avènement du numérique, où de nombreux projets e-santé innovants sont entrepris à l'échelle nationale ou régionale, les acteurs du champ de la santé souhaitent des outils

ergonomiques qui facilitent leur activité quotidienne, qui soient interopérables avec leur propre système d'information et qui permettent une gestion transversale, interactive et réactive des parcours des patients.

Ces enjeux ont été identifiés à l'échelle nationale et en partie atteints au travers du programme TSN (Territoire de Santé Numérique) initié en 2014 par le ministère chargé de la santé pour les régions pilotes.

S'agissant de la région Paca, cet axe s'inscrit dans le programme SNACs (Services Numériques d'Appui à la Coordination). Cette stratégie s'appuie sur une organisation des services d'appui à la coordination avancée en région et dont le maillage, l'efficacité et les axes de développement ont été précisés au cours de l'année 2017 dans le cadre de la mission régionale SACO (Service d'appui à la coordination). Une forte mobilisation de l'agence et des acteurs de l'offre de soin autour du programme national SNACs et le développement de « l'e-parcours » à l'horizon 2021.

Ce dispositif permettra aux professionnels du territoire d'avoir accès aux données nécessaires à l'orientation, l'accompagnement et la prise en charge des personnes et des patients. SNACs sera donc un outil déterminant pour la continuité et la coordination des soins.

L'ARS Paca a développé son effort en 2017 pour l'élaboration, en étroite collaboration avec les partenaires de santé de la région, d'une véritable stratégie de déploiement des services numériques d'appui à la coordination en région.

Ces travaux ont permis de définir, au regard des caractéristiques du territoire et des priorités en termes de parcours, les SNACs à déployer et les actions à mener prioritairement en Paca :

- sécuriser le déploiement des SNACs par la fiabilisation des services socle comme notamment le ROR et le serveur régional d'identité ;
- proposer un ENRS unique et simple d'usage pour la mise à disposition des services numériques d'appui à la coordination déployés régionalement ;
- renforcer et simplifier les moyens de partage de données de santé entre professionnels et avec le patient sous le consentement éclairé de ce dernier ;
- développer l'interopérabilité des systèmes d'information des professionnels de santé avec l'ENRS et les SNACs ;
- renforcer les moyens de dépistage des symptômes de la fragilité et donner les moyens de développer l'autonomie du patient en intégrant le rôle des aidants ;
- évaluer en continu la qualité de la prise en charge et de l'offre de soins afin d'éviter les ruptures dans les parcours de santé ;
- réduire les temps de gestion administrative dans un contexte de croissance importante des actions de coordination.

L'ARS finalise, en 2018, les modalités et les principes de déploiement des SNACs prioritaires : des territoires pilotes seront déployés avant généralisation à l'ensemble de la région.

La feuille de route SNACs s'inscrit pleinement dans le cadre des programmes nationaux (déploiement du DMP, de la MSS..) et s'articule avec les projets régionaux en cours (ex : PAERPA, et expérimentation MSS).

Ouvrir l'ENRS à l'ensemble des professionnels de santé quelle que soit leur activité, ainsi qu'à l'ensemble des établissements de soins et des structures médico-sociales

La généralisation des outils du numérique à l'ensemble des acteurs de santé, ainsi que l'identification de la gestion des parcours comme axe stratégique tant à l'échelle nationale qu'au niveau régional, nécessite de fédérer l'ensemble des professionnels de santé autour des outils numériques régionaux.

La généralisation de l'accès à l'ENRS pour l'ensemble des professionnels de santé passe par le développement des services adaptés aux différents types d'exercice, ainsi qu'à l'ensemble des structures de prise en charge (professionnels en exercice libéral, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, structures de coordination,...).

Ouvrir l'ENRS aux patients

Les orientations nationale et régionale font état de la nécessité de mettre le patient au centre du dispositif de prise en charge. Ainsi, le patient est acteur à part entière et doit pouvoir accéder à ses données de santé et interagir avec les professionnels de santé qui l'accompagnent ou le prennent en charge.

Pour cela, l'ENRS sera ouvert aux patients et les services proposés seront adaptés à leurs besoins et aux usages du numérique dans la sphère privée, afin de faciliter leur utilisation par le grand public.

L'ARS s'attachera à impulser et accompagner l'innovation organisationnelle et technologique, en particulier via des expérimentations en lien avec les industriels et les structures susceptibles de proposer de nouvelles technologies ou bien de nouveaux usages dans le cadre d'un partenariat régional.

1.5.2.6 Mettre à disposition les indicateurs de suivi et de performance

Le développement de nouveaux composants au niveau de l'ENRS, ainsi que la généralisation des usages autour des outils du numérique est de nature à générer un capital de données dont l'exploitation pourra être mise à la disposition de l'ensemble des acteurs de la région.

Cet axe vise à doter la région d'une plateforme de production d'indicateurs permettant à chaque acteur de disposer de ceux dont ils auront besoin, avec la possibilité de couvrir plusieurs domaines d'expertise.

1.6 SOUTENIR LES COOPÉRATIONS ET LA COORDINATION DES ACTEURS

Face au nombre croissant de situations complexes, qui peuvent mobiliser différents intervenants des secteurs de la prévention, du sanitaire et du médico-social, le décloisonnement des interventions est d'autant plus nécessaire que le nombre d'intervenants augmente.

L'enjeu est de faire émerger des organisations territoriales pluridisciplinaires et pluri professionnelles, qui construisent des réponses communes concrètes adaptées aux besoins des personnes et des patients (adaptées aux personnes avant qu'elles ne deviennent des patients ...) par une meilleure allocation des ressources, en partant des besoins au domicile.

A terme, tous les patients en situation complexe devront pouvoir bénéficier d'un plan personnalisé de santé élaboré avec eux et les différents intervenants, plan qui pourra être suivi à travers son dossier médical partagé (DMP) avec son équipe soignante.

Les changements pour permettre la concertation constituent une transformation des pratiques qui font appel à de nouvelles compétences et nécessitent des outils d'information partagés adaptés. C'est l'un des enjeux forts de la transformation de notre système de santé.

1.6.1 ORGANISER LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES D'APPUI À LA COORDINATION (SACO)

- Mettre en place les services d'appui sur l'ensemble du territoire : gestion de cas, équipes mobiles, accès rapide à l'expertise sur le modèle des «fast tracks», en mobilisant les ressources du territoire, les solidarités entre territoires et les possibilités ouvertes par la e-santé.
- Structurer le développement de ces services d'appui en faisant converger les différents dispositifs de coordination existants autour des plateformes territoriales d'appui, réseaux, MAIA...ou à venir : projets territoriaux de santé mentale.

1.6.2 CONSTRUIRE DES RÉPONSES POUR LA COORDINATION DES PRISES EN CHARGE DE PROXIMITÉ

- Proposer des espaces d'échanges et de concertation pour partager les informations sur les besoins de la population du territoire, pour mieux se connaître, se faire connaître et échanger sur les pratiques.
- Elaborer des outils de travail partagés et les mettre à jour régulièrement : protocoles partagés de prise en charge, outils d'information partagés, systèmes d'information interconnectés.
- Organiser et valoriser les temps de concertation dédiés aux situations individuelles complexes : réunions de concertation pluridisciplinaire, commissions de cas critiques,...
- Capitaliser sur l'analyse des retours d'expériences des situations individuelles complexes pour améliorer les organisations.

1.6.3 RESPONSABILISER LES ACTEURS PAR DE NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT ET LEUR DONNER UN INTÉRÊT À AGIR POUR LA COORDINATION DES PRISES EN CHARGE

- Expérimenter la rémunération des activités de coordination des professionnels de santé pour consolider des modèles médico-économiques adaptés à la prise en charge des parcours de santé, en cohérence avec les évolutions réglementaires nationales, et dans un objectif d'efficacité de la dépense publique.
- Expérimenter, pour certains parcours de santé très complexes, une rémunération liée à la pertinence du parcours de santé, y compris dans le champ de la dépendance.

PARTIE 2

STRUCTURER DES PARCOURS DE SANTÉ DANS 7 DOMAINES PRIORITAIRES

- 1/ PARCOURS DE PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES
- 2/ PARCOURS PERSONNES ÂGÉES
- 3/ PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
- 4/ PARCOURS SANTÉ ET PRECARITÉ
- 5/ PARCOURS SANTÉ MENTALE
- 6/ PARCOURS PETITE ENFANCE, ENFANTS, ADOLESCENTS, JEUNES
- 7/ PARCOURS SANTÉ ET ADDICTIONS

2. STRUCTURER DES PARCOURS DE SANTÉ DANS 7 DOMAINES PRIORITAIRES

Souvent invoqué comme un remède miracle aux maux dont souffre le système de santé, le « parcours de santé » recouvre une multitude de concepts qui vont de la prise en charge globale (idéale ?) à la coordination, avec l'idée générale que cette coordination pourrait augmenter la qualité et diminuer les coûts.

Un parcours de santé coordonné se définit comme une possibilité d'organiser des prises en charge (accompagnements et/ou soins) en privilégiant la proximité, avec une attention portée à la personne concernée et à ses choix, et en lui permettant d'accéder aux bons niveaux de soins et d'accompagnement à chaque étape, aussi bien en matière de prévention que dans les champs sanitaire, médico-social, ou social.

Les premiers freins aux parcours de santé sont bien souvent les organisations en place : cloisonnées, elles sont construites dans des logiques d'institution. Or les besoins ont évolué : alors que les dispositifs juridiques et financiers sont restés centrés sur des prises en charge ponctuelles et uniques, les patients sont devenus chroniques et complexes (polyopathologiques, seuls ou isolés, en situation de précarité, étrangers, handicapés) : comment assurer la continuité des droits et des prises en charge, même et surtout quand les institutions « ressources » sont multiples ?

Il ne s'agit donc pas tant de « construire des parcours de santé » que de lever les freins à ces parcours, et de mettre à la disposition des professionnels des outils adaptés. Le déploiement du DMP constituera à ce titre une étape décisive.

2.1 PRINCIPES ET MÉTHODES DE L'APPROCHE PAR PARCOURS DE SANTÉ

Le parcours recouvre des réalités différentes selon que l'on est patient, professionnel ou institution

Si pour un patient donné, chaque parcours de santé est unique, il est possible de décrire de grandes **typologies de patients**, qui, dans leur nature, dépendent moins de la pathologie elle-même que des caractéristiques de celui-ci :

- Le parcours est d'autant plus difficile à organiser que le patient est atteint d'une pathologie chronique et complexe (poly morbidité). L'âge et les facteurs sociaux (conditions et niveau de vie, de réseau ou d'isolement social et familial ...) ajoutent un niveau de complexité sur lequel le système de soins a très peu de prise.
- Avec les capacités d'analyse des données des systèmes d'information, il devient possible de décrire les grandes catégories de patients pour chaque type de parcours, ainsi que les évolutions possibles et même probables.

Ainsi, **pour le professionnel, le parcours est une suite d'étapes et de prises en charge à organiser et à anticiper pour assurer la meilleure qualité des soins.**

Pour les **institutions**, les parcours se traduisent par un ensemble de prises en charge à **anticiper** pour adapter et donc **prévoir les ressources** à chaque étape, autant sur le plan des structures que les compétences et des moyens financiers ou matériels.

Pour toutes les parties concernées :

- L'amélioration des parcours repose sur une capacité de discernement, d'anticipation et d'organisation, ce qui suppose une démarche rationnelle, préparée et coordonnée.
- Tout retard ou erreur d'orientation dans le parcours de soins ou de santé a pour conséquences une perte de qualité (perte de chances pour le patient) et des surcouts.

L'analyse des parcours révèle à quel point les étapes de prise en charge sont imbriquées : **il n'y a plus d'amont ni d'aval mais un continuum d'aides, de soins, de services, d'accompagnements, avec des épisodes de soins plus aigus** voire des hospitalisations, puis de nouveaux services à apporter ... et **ces étapes sont, au niveau collectif, prévisibles et anticipables**.

Aujourd'hui, il n'est plus possible de laisser les professionnels de santé gérer seuls l'ensemble des étapes, et réinventer ou improviser, à chaque changement de poste, une nouvelle méthode de coordination. Le temps médical et soignant doit pouvoir être consacré aux soins, et les nouvelles possibilités d'analyse des données être mises au service de la coordination. **Le partage et l'analyse des données, l'anticipation, et la structuration** seront les maîtres mots de l'organisation des parcours.

Pré-requis et méthodologie

Pour sortir de l'artisanat, la structuration des parcours nécessite certains prérequis et s'appuie sur la stratification des prises en charge :

- **la connaissance des patients et des services offerts (accompagnements et soins) ;**
 - Chaque catégorie de parcours (personnes âgées, maladies chroniques ...) renvoie à des typologies de prises en charge qui peuvent être graduées en fonction de la complexité et des facteurs connexes (comorbidités, difficultés socio-économiques ...)
 - En miroir, décrire les types de prises en charge permet de pouvoir orienter les patients vers le bon niveau d'accompagnement ou de soins. De nombreux protocoles existent, d'autres seront à créer.
 - Dans ce domaine, toutes les régions ont conduit des expérimentations et pourraient partager leurs expertises.
- **l'utilisation des données de santé ;**
 - Au niveau de l'agence, le PMSI et le SNDS contiennent un grand nombre d'informations sur les parcours. Un travail d'analyse par parcours ou filières est nécessaire pour mieux identifier les priorités d'action, pour corriger des manques de qualité ou de pertinence, et des surcouts évitables.
 - Les établissements de santé ne sont pas encore tous équipés de SI complets, et la prescription reste peu informatisée. Le secteur médico-social représente un chantier colossal. L'équipement des établissements sera un levier de la coordination, à condition qu'un schéma directeur organise les compatibilités.
 - Pour les patients, le dossier médical partagé (DMP) sera disponible très prochainement : ce sera également un outil incontournable pour la meilleure coordination des soins.
 - Les plateformes d'appui à la coordination des parcours complexes seront d'autant plus efficaces qu'elles pourront, d'une part relier chaque patient à une typologie et à un niveau de prise en charge (lourdeur médicale ou sociale ...), et disposer de protocoles de prise en charge pour affiner l'orientation.
 - La professionnalisation de la coordination libèrera du temps médical et soignant. Son coût et ses impacts économiques sont peu documentés.

- La coordination des soins à l'hôpital a été portée par les cadres de soins et affinée avec les chemins cliniques : le savoir-faire existe, le temps manque souvent pour généraliser ces pratiques.
 - La préparation des sorties d'hôpital est un succès partout où elle est organisée avec des infirmières de coordination ou un dispositif dédié. Elle pourrait être systématisée mais, si le bénéfice est bien collectif, cette coordination est encore souvent à la charge de l'établissement seul.
 - La coordination en ville repose souvent sur le médecin généraliste : si son rôle est incontournable, celui-ci devrait disposer de relais efficaces pour épargner du temps médical et assurer la continuité. Les « cadres de soins de ville » sont à inventer !
 - Les patients chroniques complexes ont besoin d'un suivi rapproché : certains protocoles de coopération y contribuent, et les professionnels paramédicaux aux pratiques avancées viendront bientôt les relayer. En attendant, des expérimentations pourraient permettre de modéliser des prises en charge globales, en particulier les expérimentations « article 51 » de la LFSS 2018.
 - La professionnalisation de la coordination butte enfin sur l'absence de modèle économique : établissements et MSP innovent « sur leurs marges » à partir de professionnels volontaristes et engagés. L'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2018 ouvre un champ de possibles que l'ARS Paca souhaite investir.
- **la recherche de solutions par chacune des institutions concernées, dans le respect des responsabilités de chacune ;**
- Les politiques de maintien à domicile et de « réponse accompagnée pour tous » nécessitent un appui sur des services d'aide à domicile proportionnés aux besoins de la personne ; or ceux-ci sont dépendants des moyens et des choix des collectivités territoriales. Combien de personnes âgées restent, chaque jour, hospitalisées faute de soutien suffisant pour permettre un retour au domicile ?
 - Sur les sujets du handicap ou du grand âge, la multiplicité des décideurs et des financeurs (qui ne sont pas toujours les mêmes) complexifie le processus de décision ...et les professionnels de terrain qui cherchent des solutions au travers de collaborations souvent exemplaires se trouvent confrontés à des décalages entre les priorités financières et les calendriers des différentes institutions.

Les invariants des parcours

Les parcours sont tous constitués d'étapes communes dans leurs typologies, mais spécifiques selon les pathologies ou problématiques. Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire d'avancer sur les six axes suivants (les propositions d'actions ci-dessous, non exhaustives, sont détaillées dans chaque parcours) :

1. Agir pour des environnements favorables à la santé

- Favoriser la prise en compte de l'impact sur la santé de toutes les politiques publiques
- Informer la population pour lui permettre d'effectuer des choix éclairés.

2. Favoriser la promotion de la santé : approche transversale des déterminants de la santé, développement des compétences individuelles, éducation et prévention

- Agir le plus précocement possible, auprès des personnes, en particulier des enfants et des jeunes, renforcer leurs compétences psychosociales.
- Promouvoir les pratiques favorables à une bonne santé physique et mentale (alimentation, activité physique..).
- Poursuivre le déploiement de l'offre d'éducation thérapeutique du patient dans les maisons de santé pluri professionnelles et les cabinets de ville.

3. Améliorer le repérage, le dépistage, le diagnostic et l'annonce des problèmes de santé

- « Aller vers » les populations les plus vulnérables ou éloignées du système de santé
- Améliorer l'accessibilité aux programmes de dépistage organisés.
- Organiser des concertations pluri professionnelles en amont de l'annonce.
- Doter les professionnels d'outils d'aide à l'orientation / à l'évaluation multidimensionnelle de toutes les problématiques.

4. Développer une prise en charge coordonnée des personnes, au plus près de leur domicile

- Créer une gouvernance territoriale de proximité impliquant la coordination des acteurs et l'individualisation des parcours.
- Disposer d'un bouquet de services numériques et doter les professionnels de systèmes d'information et de répertoires communs.
- Promouvoir le partenariat et la co-responsabilité des acteurs institutionnels et associatifs

5. Organiser l'accès aux soins, du domicile au recours spécialisé, y compris aux urgences et aux soins non programmés

- Organiser l'accès aux soins et à l'expertise. Différentes organisations sont possibles, par exemple par la mise en place des consultations dédiées pour les personnes en situation de handicap (soins dentaires, ophtalmologie, gynécologie).
- Structurer les services d'urgences pour permettre l'accueil puis l'orientation de tous les publics
- Développer des solutions « d'aller vers » en favorisant la mise en place d'équipes mobiles.

6. Renforcer l'accompagnement pour les personnes en perte d'autonomie ou souffrant de handicap

- Prendre en compte les besoins des aidants et leur apporter de l'information et des formations.
- Structurer une offre de répit et développer l'accueil familial.

Les parcours prioritaires en Provence-Alpes-Côte d'Azur

L'ARS Paca a identifié sept parcours de santé prioritaires. Certains sont populationnels, d'autres sont thématiques. Ils ont été retenus au regard de leur enjeu en termes de santé publique pour la population régionale, tels que décrits dans la première partie de ce document. L'existence de marges de transformation fortes et de gains d'efficacité attendus avec le découplage est également un des critères, tout comme la capacité de l'ARS à agir.

La notion de parcours populationnel ou thématique est une typologie pour faciliter l'élaboration de réponses concrètes au service des personnes et des acteurs de santé. Néanmoins, le patient peut être concerné par plusieurs parcours: être malade chronique et très âgé, ou être adolescent et en situation de handicap, ou être en situation de précarité et souffrir de troubles psychiques...

Ainsi, il n'y a pas que «sept parcours», mais une démarche qui vise à réfléchir à la prise en charge de la personne en intégrant l'ensemble des problématiques qui concourent à son autonomie et à sa santé.

2.2 PARCOURS DE PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES

CONTEXTE

Les maladies chroniques, marqueur de la transition épidémiologique, représentent un enjeu majeur de santé publique au regard de l'évolution des pathologies à prendre en charge et de leur impact sur l'organisation du système de santé.

Les maladies chroniques sont devenues la principale cause de mortalité avec 87 % des décès en France (2014). En effet, les maladies infectieuses ont cédé progressivement leur place aux maladies cardiovasculaires, métaboliques, cancéreuses et rhumatismales. Ce phénomène est connu sous l'appellation de transition épidémiologique. Ce changement s'accompagne de modifications des besoins vis-à-vis du système de santé, de mutations profondes de ses structures et de son mode d'organisation.

Dans notre région, les maladies chroniques figurent parmi les trois premières causes de décès (cancers, maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires) et parmi les deux premières causes de mortalité prématurée évitable (cancers, maladies cardio-vasculaires).

Le poids du traitement des maladies chroniques constitue un réel défi pour l'avenir du système de santé et la société : les dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques représentent aujourd'hui 61% des dépenses d'Assurance maladie, concernent 35% de la population, et vont aller en s'accroissant.

Les projections à cinq ans faites par l'Assurance maladie à partir de l'étude des soins consommés font état d'une forte progression du nombre de personnes concernées en particulier pour les maladies neuro-vasculaires et le diabète.

Les maladies chroniques sont caractérisées par un état pathologique (physique, psychologique ou cognitif) appelé à durer, évolutif, et qui peut être émaillé de complications. Elles ont un retentissement fort sur la vie quotidienne se traduisant par une limitation fonctionnelle des activités ou de la vie sociale, une dépendance vis-à-vis d'un traitement, d'un suivi, d'un appareillage ou autre, et la nécessité de soins médicaux, paramédicaux, d'une surveillance, d'une adaptation ou d'une prévention particulière. Hormis cette définition commune, elles ont des causes, des manifestations et des modes de prise en charge bien distincts : les cancers, les affections cardio-vasculaires, le diabète, l'AVC, les maladies d'origine infectieuses chronicisées (VIH/VHC) les maladies neurodégénératives, les maladies respiratoires chroniques, l'insuffisance rénale chronique, les maladies chroniques ostéo-articulaires, du système digestif, les maladies rares, etc. Les troubles psychiatriques, bien qu'en faisant partie, font l'objet d'un chapitre spécifique (parcours santé mentale). L'approche adoptée s'intéresse à la dimension globale de la maladie chronique.

ENJEUX

Les enjeux à dix ans sont d'infléchir la courbe de progression des maladies chroniques, de permettre à la personne atteinte de maladie chronique de gagner en autonomie sur ses décisions de santé, de devenir le « capitaine » de sa santé, et d'être tout au long des différentes étapes de son parcours de vie, prise en charge de façon personnalisée au bon moment, au bon endroit, par les bons professionnels.

■ INFLÉCHIR LA COURBE DE PROGRESSION DE LA CONSOMMATION DE SOINS LIÉS AUX MALADIES CHRONIQUES

La promotion d'environnements favorables à la santé et la prévention des facteurs de risques sont encore insuffisamment développées dans notre système de santé. Pourtant, ces interventions permettent d'agir, en amont, sur l'ensemble des déterminants de la santé, et ainsi de limiter les risques de survenue de ces maladies et de leurs complications. Créer les conditions nécessaires et suffisantes pour la santé passe aussi par des actions sur l'ensemble des politiques publiques et pas seulement par celles du domaine sanitaire ou médico-social.

■ PERMETTRE À LA PERSONNE DE GAGNER EN AUTONOMIE SUR SA PRISE EN CHARGE ET LUI PERMETTRE DE PRENDRE DES DÉCISIONS ÉCLAIRÉES SUR SA SANTÉ

Les facteurs liés aux personnes malades (âge, sexe, caractéristiques psychosociales, environnement...), à leurs représentations et à leurs sources d'information vont influencer au début de la maladie dans l'expression de leur demande et tout au long de celle-ci. La qualité de relation soignant-soigné qui s'instaure va conditionner l'adhésion au traitement, l'implication active dans la gestion de sa propre maladie, sa façon d'intégrer sa maladie dans toutes les composantes de sa vie, familiale, sociale, professionnelle...

Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, les conséquences sur la qualité de la prise en charge peuvent être négatives : absence de compréhension des évolutions possibles de la maladie et du rapport bénéfique/risques des traitements, non observances des traitements.

Une information de qualité est importante mais ne suffit pas à elle seule. Une décision médicale partagée reposant sur l'information et l'éducation du patient est nécessaire et conditionne l'adhésion de la personne au programme personnalisé de santé qui lui est proposé en accord avec les recommandations de bonnes pratiques. Il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches.

■ PRÉVENIR, REPÉRER, DIAGNOSTIQUER, SOIGNER, ACCOMPAGNER ET RÉADAPTER

L'accessibilité au dépistage, en particulier aux programmes de dépistages organisés est à améliorer. De même, l'accès à un diagnostic précoce dont la pertinence doit être prise en compte car si la carence expose les personnes à une perte de chance, il en va de l'inverse dans certaines maladies, pour lesquelles il n'y a pas d'intérêt démontré au diagnostic précoce. Les dispositifs d'annonce de la maladie sont à développer. L'accès organisé à une offre de prise en charge de qualité, adaptée, voire personnalisée permettra d'anticiper et d'éviter les ruptures de parcours ; elle doit être accessible dans la proximité du lieu de vie du patient et permettre, lorsque cela est nécessaire, l'accès à des structures d'expertise. Cette offre doit inclure la possibilité, pour la personne malade, d'une éducation à sa pathologie.

Les conséquences de la maladie chronique sur la qualité de vie, les besoins et choix exprimés par la personne malade sont à mieux prendre en compte par les professionnels de santé. La place et le rôle des aidants doivent être mieux connus et pris en considération.

■ AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE POUR QU'ELLE SOIT PERSONNALISÉE, GLOBALE ET COORDONNÉE

Une prise en charge personnalisée, respectant la personne dans toutes ses composantes produit de meilleurs résultats qu'une prise en charge standardisée.

Elle se fonde sur :

- une personnalisation des soins : écoute du patient et compréhension de ce qui est important pour lui ; accès par un dialogue structuré aux connaissances, aux représentations, au ressenti du patient, à ses besoins, attentes et préférences ; réponses évolutives dans le temps en fonction des besoins individuels et des circonstances ;
- le développement et le renforcement des compétences du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans ses soins, dans la gestion de sa vie avec la maladie grâce au partage d'informations, à la délivrance de conseils et de précautions à prendre, à une éducation thérapeutique ;
- une continuité des soins dans le temps en apportant un suivi et un soutien au patient par une même équipe pluri professionnelle et si besoin pluridisciplinaire.

■ ADAPTER LE DISPOSITIF DE SANTÉ

La pluralité des intervenants issus de secteurs cloisonnés nécessite la coordination des interventions et le partage d'informations, mais aussi l'adaptation des métiers.

La formation des professionnels de santé et médico-sociaux doit évoluer et être adaptée aux nouvelles pratiques.

Il importe en outre de veiller à la spécificité de la prise en charge pédiatrique des enfants porteurs de pathologies chroniques (point développé dans le chapitre « parcours petite enfance, enfant, adolescent, jeunes »).

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

En plaçant le patient au cœur du système, en appréhendant ses besoins dans leur globalité y compris les dimensions sociales et environnementales, en renforçant le suivi à domicile, il s'agit de concevoir un parcours de santé personnalisé, en particulier pour les patients complexes.

Dans ce parcours, le rôle du médecin de premier recours est capital. Il tient une place prépondérante dès le début de la maladie, car c'est lui qui, devant les premiers symptômes, va effectuer la première évaluation clinique suivie de la prescription d'examens complémentaires et éventuellement d'avis de spécialistes, et ensuite va assurer avec l'équipe de soins primaires l'organisation de la prise en charge globale, l'orientation du patient et la coordination des interventions autour de celui-ci.

OBJECTIF 1 : Développer des environnements favorables à la santé.

OBJECTIF 2 : Organiser la réflexion et proposer des réponses adaptées autour des invariants de parcours.

OBJECTIF 3 : Proposer l'accompagnement des personnes mais aussi de leur entourage dès le début et à tous les stades afin qu'elles vivent au mieux avec la maladie chronique.

OBJECTIF 4 : Adapter l'organisation du système de santé.

OBJECTIF 5 : Identifier l'organisation de la gradation des soins et des filières.

OBJECTIF 1 : Développer des environnements favorables à la santé.

Notamment dans les centres urbains ou les zones soumises à des expositions environnementales délétères. Pour cela, l'ARS favorisera la formation des professionnels de santé à l'impact sanitaire des déterminants environnementaux. Elle favorisera également la prise en compte de l'impact en santé des autres politiques publiques : scolarisation, santé au travail, logement, transports (démarches intersectorielles). Par ailleurs, l'activité physique sera encouragée sur une base régulière dans la vie quotidienne comme déterminant de la santé, pour lutter contre la sédentarité et l'inactivité, en prévention primaire des maladies chroniques (Cf partie 1.2.1.4 L'environnement).

OBJECTIF 2 : Organiser la réflexion et proposer des réponses adaptées autour des invariants de parcours.

Il ne s'agit pas ici de décrire pour chaque pathologie chronique le parcours adapté mais de proposer, à partir des recommandations de la HAS ou de sociétés savantes, une réflexion globale sur les invariants d'un parcours de santé, quelle que soit la pathologie chronique, d'identifier les blocages communs, et de proposer des leviers d'amélioration.

- **Améliorer la prévention et le repérage de l'apparition des maladies chroniques et leurs conséquences : «Penser tôt - agir tôt»**
 - Promouvoir des actions de formations auprès des professionnels de santé pour valoriser les connaissances sur l'intérêt du repérage et donc de la prise en charge précoce des maladies chroniques : «penser tôt - agir tôt» sur la base de recommandations de la HAS.
 - Favoriser l'adhésion et l'accès aux programmes de dépistages organisés.
- **Permettre un diagnostic précoce des maladies pour éviter les errances de diagnostic ou le recours indus aux urgences.**

Il y a un paradoxe en Paca, région bien dotée en professionnels de santé, mais où les délais d'obtention de rendez-vous pour l'accès à une consultation spécialisée ou de recours/expertise sont souvent trop longs.

 - Engager une réflexion sur l'amélioration des délais de rendez-vous pour l'accès aux consultations de spécialistes ou aux centres d'expertise et/ou de recours : création de circuits spécifiques de prise de rendez-vous.
 - Mettre en place des solutions innovantes pour les pathologies dans lesquelles l'intérêt du diagnostic précoce est démontré, par exemple hotline réservées aux professionnels libéraux.

Prévention, dépistage et prise en charge précoces du VIH

Une épidémie active en Paca, 2^{ème} région la plus touchée

La région Paca concentre près de 8% des nouvelles contaminations chaque année (plus de 6000 France entière en 2016).

- Le nombre de nouvelles infections est en augmentation dans la région Paca alors qu'il est stable en Ile-de-France.
- En Paca, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) représentent 60% des découvertes de séropositivité.
- 1700 personnes en Paca vivent avec le VIH sans le savoir. C'est l'épidémie cachée qui concerne 25 000 personnes en France entière. Plus de 80% sont des hommes

L'épidémie cachée est concentrée dans les Bouches-du-Rhône, avec 800 personnes et dans les Alpes-Maritimes avec 600 personnes. Pour information : 150 dans le Vaucluse, 200 dans le Var. *A noter : rapporté à la population dans le 06, cela représente 10/10000 habitants (la moyenne nationale est de 6).*

Par ailleurs, au niveau national, on note un retard au diagnostic et des délais médians entre infection et diagnostic très longs: 3,3 ans en médiane (chiffres 2013)

2 axes de la stratégie nationale de santé sexuelle lancée en 2017 permettent d'y répondre :

AXE II : Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge, notamment en renforçant et diversifiant la prévention des IST et du VIH

AXE IV : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables (HSH, personnes transsexuelles, personnes en situation de prostitution....) (Cf partie 1.2.1.1)

OBJECTIF 3 : Proposer l'accompagnement des personnes mais aussi de leur entourage dès le début et à tous les stades afin qu'ils vivent au mieux avec la maladie chronique.

- **Encourager la mise en place de dispositifs d'annonce afin de :**
 - Organiser en amont une concertation pluri professionnelle.
 - Informer et soutenir la personne et l'entourage.
 - Préconiser des conseils d'hygiène et de qualité de vie.
 - Systématiser le recours à l'activité physique adaptée dans le cadre du parcours maladie chronique comme thérapeutique non médicamenteuse pour compléter l'arsenal thérapeutique et prévenir des complications
 - Orienter vers une éducation thérapeutique.
- **Mieux vivre avec la maladie, être partie prenante, lorsque cela est possible, des options de traitement.**
 - Promouvoir les actions permettant l'accès à l'information des personnes (e-santé-éthique) pour que la relation soignant-soigné soit plus équilibrée :
 - ✓ Favoriser le partage d'expérience entre patients et encourager la formation de patients experts.
 - ✓ Faciliter l'accès des patients et des associations à la connaissance sur les recommandations de bonnes pratiques et la pertinence des actes.
 - Mettre en place un dossier médical réellement partagé, pour lequel le patient est impliqué par les professionnels en veillant au respect de la confidentialité.
- **Développer l'éducation thérapeutique (ETP)**
 - Promouvoir la posture éducative dans la pratique quotidienne des professionnels de santé, notamment des médecins traitants.
 - Développer une offre adaptée selon le public visé en direction de populations précaires, notamment les personnes détenues.
 - Développer une offre plus ajustée aux besoins des patients :
 - ✓ Une offre qui va "vers les publics" : proche et accessible (ETP en ville, dématérialisation de certaines séances).

- ✓ Une offre diversifiée: parallèlement aux programmes structurés, développer des actions d'ETP ciblées à fort enjeu de santé publique pour mieux répondre aux besoins des publics en fonction de l'évolution de leur maladie.
- Développer l'ETP dans une approche territoriale en tenant compte des spécificités locales, pour assurer un maillage plus homogène de l'offre, notamment sur les territoires où celle-ci est ténue, en renforçant le partenariat et des articulations entre des programmes existants ou en redéployant et réorganisant l'offre de façon plus pertinente. Au-delà de l'accroissement de l'offre, il s'agit ainsi de promouvoir un maillage du territoire plus pertinent et qualitatif.
- Développer l'offre d'ETP au niveau du premier recours.
- ✓ Développer l'offre au sein des maisons de santé, structures d'exercice coordonné et cabinets libéraux.
- ✓ Renforcer et rendre opérationnel le lien ville-hôpital.
- ✓ Réenclencher le travail de sensibilisation des professionnels de santé libéraux, notamment les médecins traitants.
- Poursuivre les actions de communication.
- Encourager les professionnels à se former à l'ETP et les recenser.
- **Développer l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse**
 - Promouvoir l'impact positif d'une activité physique
 - Proposer un programme d'activité physique adapté (APA) à la pathologie et aux limitations du patient, personnalisée, progressive sur prescription au sein d'un parcours médico-actif encadré.
 - Favoriser la mise en œuvre d'une activité physique adaptée.
 - Articuler ETP et APA, en créant des liens entre les structures porteuses, dans une logique d'actions passerelles.
- **Améliorer la surveillance et la prise en charge des pathologies chroniques par les patients eux-mêmes**
 - Favoriser l'utilisation des objets connectés pour l'auto-surveillance.
 - Favoriser le développement de la télésurveillance médicale et de la téléconsultation.
- **Promouvoir des actions de «déstigmatisation» de la maladie et le maintien dans l'emploi des personnes actives, la scolarisation des enfants et l'accès à la formation des jeunes adultes.**
 - Organiser la diffusion des informations sur les droits et dispositifs existants, en lien avec les différents régimes d'assurance maladie et les associations de patients.
 - Promouvoir des actions d'information-sensibilisation auprès des dirigeants de structures et les services chargés des ressources humaines en commençant par les secteurs médical et médico-social.

OBJECTIF 4 : Adapter l'organisation du système de santé.

Le patient atteint de maladie chronique est plus sensible que les autres à la lisibilité et à la coordination du système de santé. En complément des mesures d'organisation prévues dans les différents chapitres de ce schéma régional de santé, des actions spécifiques seront mises en place :

- **encourager** l'élaboration de programmes personnalisés de soins en évaluant les besoins et en prenant en compte les attentes des patients.

- **permettre** une meilleure complémentarité des compétences des différents intervenants (infirmières diplômées d'état, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens...) aussi bien en ville qu'à l'hôpital.
- **inventer** de nouvelles prises en charge « globales » et innover dans les modes de financement (via notamment les possibilités d'expérimentations proposées par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018).

En soin ambulatoire, le modèle du thérapeute diagnostiquant et traitant dans l'instant de la consultation n'est pas adapté au suivi des malades chroniques. Le professionnel doit être proactif, promouvoir la santé, prévenir les maladies, les complications et les séquelles, donner les explications nécessaires au patient à chacune des étapes. Cela nécessite un travail en équipe multidisciplinaire articulée avec d'autres acteurs du soin et du secteur social.

La réponse à ces nouvelles pratiques peut être apportée par :

- **le développement de nouveaux métiers** : coordonnateurs de programmes d'éducation thérapeutique, gestionnaires de cas, encadrants en activité physiques adaptées... Ces nouveaux métiers requièrent des compétences spécifiques. Des offres de formations seront développées et proposées.
- **les délégations de tâches et le développement d'infirmières de pratiques avancées.**

OBJECTIF 5 : Identifier l'organisation de la gradation des soins et des filières.

Lorsqu'elles existent, les filières de soins ne sont souvent connues que des seuls professionnels qui en font partie. La filière de soins doit être une organisation qui permette d'assurer la prise en charge du patient à chaque niveau, avec une garantie de qualité et de sécurité, et la juste utilisation des ressources.

Cette organisation est constituée par :

- le premier niveau de recours assurant en proximité le diagnostic, l'orientation, le traitement, le suivi des patients et la coordination de leurs parcours ;
- le second niveau de recours, spécialisé, généralement constitué par les professionnels libéraux ou hospitaliers spécialisés, qui offre des compétences médicales, para médicales et un plateau technique ;
- le troisième niveau de recours ou d'expertise, caractérisé par un niveau de compétences élevé des professionnels et des plateaux techniques hautement spécialisés, est assuré par des centres experts au niveau territorial ou régional selon les filières de pathologies pouvant faire l'objet d'une reconnaissance ou d'une labellisation. Ces centres, outre leur mission d'expertise, doivent s'assurer de la bonne orientation des patients compte-tenu de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Le parcours du patient, selon la pathologie concernée et l'évolution de sa maladie, croise cette organisation. Il peut avoir besoin de l'expertise d'un plateau technique spécialisé pour le diagnostic puis être pris en charge par l'équipe de premier recours, en passant par des consultations spécialisées pour des bilans par exemple, d'où la nécessité d'une lisibilité de cette organisation selon des filières spécifiques à certaines pathologies.

L'une des étapes du parcours est la prise en charge en hospitalisation de jour dont la place et le développement doivent accompagner les besoins spécifiques de prise en charge de maladies au long cours. Cette activité nécessite d'être optimisée afin d'apporter une réponse plus adaptée au suivi des pathologies chroniques et aux besoins des patients.

- **Optimiser l'activité des hôpitaux de jour de médecine (hors endoscopies et hors chimiothérapies) pour répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques.**
 - Mieux structurer la médecine ambulatoire dans le cadre d'un parcours de soin adapté en favorisant :
 - ✓ Le fonctionnement des hôpitaux de jour de médecine sur la base de spécialité.
 - ✓ La constitution d'équipes dédiées multidisciplinaires.
 - ✓ L'accessibilité à des plateaux techniques étoffés.
 - ✓ Le déploiement territorialisé des ressources (équipes de territoires, consultations avancées...).
 - Améliorer l'accessibilité des ressources de la médecine ambulatoire aux professionnels de ville et aux patients par la promotion des circuits les plus courts notamment par :
 - ✓ L'accès direct des médecins de ville à l'hôpital de jour à partir d'une sélection de cas relevant des circuits identifiés.
 - ✓ La participation des médecins libéraux à l'activité d'hospitalisation de jour en médecine.
 - ✓ La mise en place d'un interlocuteur dédié aux professionnels libéraux au sein des structures d'HDJ.
 - Assurer une prise en charge d'un haut niveau de sécurité et de qualité à travers le renforcement des outils et des compétences des acteurs :
 - ✓ Elaboration par les professionnels de protocoles communs de prise en charge sur la base d'un thésaurus par pathologie, de chemins cliniques déterminés dans le cadre d'enseignements postuniversitaires.
 - ✓ Soutien de la mission de coordination médicale et des compétences des soignants.
 - ✓ Généralisation de l'utilisation des ressources dématérialisées (traçabilité via le système d'informations, télémédecine..).

RÉSULTATS ATTENDUS

- Les professionnels de santé bénéficient de formations au repérage de la maladie chronique.
- Les patients bénéficient d'un dépistage précoce de la maladie chronique.
- Les patients atteints de maladies chroniques ont accès à des programmes d'ETP sur tout le territoire et à une activité physique adaptée.
- L'accès à l'expertise est amélioré.
- Le délai d'attente entre la demande du patient et le rendez-vous avec le professionnel de santé est réduit.

2.3 PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES

CONTEXTE

Selon les projections de l'INSEE, d'ici à 2040, le nombre de personnes âgées de 60 et plus augmentera de 57% contre 1% pour les moins de 60 ans.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont l'indice de vieillissement¹ est le cinquième plus élevé de France, n'échappe pas à ce phénomène. En 2040, plus du tiers de la population régionale aura plus de 60 ans et un habitant sur 5 aura 75 ans et plus, contre un sur 10 aujourd'hui.

Si à l'heure actuelle, dans notre région, 86% des personnes âgées de 65 ans et plus se déclarent « *en bonne ou assez bonne santé* »², plus d'une personne sur deux souffre d'un problème de santé chronique et plus d'une personne sur trois est limitée dans ses activités de vie quotidienne.

En outre, avec 30 000 nouveaux cas par an de maladies invalidantes et neurodégénératives, la région Paca, est le deuxième territoire plus touché de France³.

Dans ce contexte, également marqué par une réglementation mettant l'accent sur le maintien à domicile, souhait exprimé par une grande majorité de seniors, la prise en charge des personnes âgées apparaît comme un véritable enjeu pour notre système de santé dans les décennies à venir.

Ce défi transcende les clivages et concerne l'ensemble des domaines économiques et sociaux, au-delà des champs ayant trait à la santé :

- s'agissant de **l'offre de soins libérale et ambulatoire**, d'une part, la région Paca dispose d'une offre supérieure à la moyenne nationale, avec toutefois

des zones de fragilité dans certains territoires pour l'offre de premier recours ; il est à noter également un vieillissement des professionnels de santé dont les effets vont commencer à se faire sentir, en particulier dans les territoires les plus isolés et pour certaines spécialités médicales ;

- concernant **l'offre de soins hospitalière**, d'autre part, qui apparaît diversifiée, avec des filières gériatriques structurées mais qui restent à compléter ;
- pour le **secteur médico-social**, marqué en Paca à la fois par de fortes disparités territoriales en termes d'équipement, d'activité, de palettes de services, mais aussi par une multiplicité des acteurs intervenant auprès des personnes âgées.
- sur le **plan social**, également, notre région étant le troisième territoire le plus pauvre de France ;
- sur le **plan économique**, enfin, les conséquences du vieillissement devant impérativement s'accorder avec une logique d'efficacité et de soutenabilité économique pour la personne âgée et son entourage, mais aussi pour l'ensemble de la société.

L'évolution démographique constitue également un défi majeur pour l'ensemble des politiques publiques menées par les nombreux acteurs (Assurance Maladie, Etat, Région, Collectivités locales, territoriales...) intervenant dans le financement des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées.

Pour l'OMS, « vieillir en bonne santé » est défini comme le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées d'accéder à un état de « bien-être ». Cependant, ce vieillissement s'accompagne pour certains de dégradations importantes de l'état de santé

¹ L'indice de vieillissement (c'est-à-dire le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans), est particulièrement élevé (91,6) avec des pics dans le Var (110,6), les Alpes de Haute Provence (106,5) et les Alpes-Maritimes (105,5), supérieurs à la moyenne nationale (74,5)

² ORS PACA

³ ORS PACA

aux conséquences desquelles nous devons faire face.

Une dizaine de points de rupture dans les parcours de vie et de soins des personnes âgées ont été identifiés.

- **L'anticipation insuffisante dans le repérage de la perte d'autonomie** : le constat est partagé, le rôle de repérage, d'alerte et de suivi des personnes âgées en risque de perte d'autonomie n'est pas assez développé et intégré aux pratiques professionnelles. Pour y remédier, il importe d'agir sur la culture préventive par la formation des professionnels à chaque étape du parcours, et l'information du public. En effet, le repérage et la prise en charge des déterminants de la fragilité pourraient réduire ou retarder ses conséquences, comme le montrent certaines études d'impact⁴.
- **Le recours et une durée moyenne de passage aux urgences trop importantes** : en 2015, dans notre région, la part des personnes âgées de 75 ans et plus passant aux urgences a représenté 14% (soit une augmentation de 20% entre 2012 et 2016) avec une durée moyenne de passage de 6h contre 03h30 globalement au niveau régional⁵
- **40 % des admissions en hospitalisation complète sont passées par les urgences pour les personnes âgées de 85 ans et plus**, contre 15 % pour les personnes âgées de 30 à 70 ans. Dans un certain nombre de cas, l'hospitalisation était requise mais le passage par les urgences aurait pu être évité.
- **La fragilité et l'épuisement des aidants** : la mauvaise santé des aidants, leur âge, leur solitude et leur charge en soins auprès de la personne âgée génèrent des situations de vulnérabilité. En 2014, leur nombre est estimé à près de 50 000 équivalent temps plein d'aidants professionnels, intervenant auprès des personnes en pertes d'autonomie sévère et modérée. L'aide de l'entourage ou aide informelle reste majoritaire et représente environ 65 000 équivalent temps plein (pour la perte d'autonomie sévère ou modérée).

Avec 30 000 aidants supplémentaires chaque année, notre région est particulièrement concernée, d'autant que, dans 57 % des cas⁶, l'aidant principal est âgé (60 à 79 ans).

- **La prise en charge des personnes âgées la nuit et le week-end** : cette fragilité résulte, d'une part, d'organisations inadaptées et parfois non suffisamment sécurisées en institution, mais aussi d'un défaut de dispositifs de surveillance nocturne à domicile, alors que plus deux personnes sur cinq âgées de plus de 75 ans vivent seules en Paca, nombre en progression depuis 2006 (+9,8 %) et supérieur au niveau national.
- **L'absence de circulation de l'information et de coordination entre les acteurs de la prise en charge (ville-domicile-hôpital-Ehpad)** : c'est le second constat unanimement partagé : les acteurs intervenant auprès des personnes âgées sont multiples et souffrent d'un manque de pilotage et de coordination.
- **Les transitions entre le domicile et l'établissement de santé sont souvent mal préparées**, que ce soit au moment de l'entrée en établissement, ou au moment de la sortie.
- **Les systèmes d'information, non communicants, souvent incompatibles, n'assurent pas d'échanges fluides entre les acteurs**. Il peut en résulter des pertes d'information,

⁴ Cesari C., Fougère B., Demougeot L. Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles. www.fragilité.org/livre-blanc - Livre blanc de la fragilité, 2015

⁵ e santé Paca Oru – Panorama activité des Urgences, 2016

⁶ ORS Paca – Projections de la perte d'autonomie et de sa prise en charge chez les personnes âgées de 75 ans et plus, 2017

ruptures de prise en charges, mais aussi redondances en évaluations et examens complémentaires.

- **L'absence de lisibilité de l'offre et du système d'aide et de soin** : la multiplicité des acteurs et des dispositifs rend très souvent le système illisible pour les personnes âgées, les aidants et les médecins traitants. Dans ces conditions, ces derniers peinent à disposer d'un accès direct à l'information sur les aides, les droits et les dispositifs existants.
- **Les problèmes d'accessibilité financière** : l'importance du reste à charge sur les aides à domicile, ou d'autres structures médico-sociales telles que les structures de répit et les Ehpad, influe sur la trajectoire des parcours de santé, entraînant des renoncements aux soins pouvant conduire à des hospitalisations indues. A cela s'ajoute une donnée à prendre en considération : 13% des personnes âgées de 60 ans et plus vivent aujourd'hui sous le seuil de pauvreté en Paca, contre 9% au niveau national.
- **L'accessibilité géographique (notamment en zones rurales)** : les enjeux territoriaux de la perte d'autonomie des personnes âgées sont centraux et les notions de proximité et d'accessibilité sont décisives. Or, certaines zones sont difficiles d'accès pour les professionnels (notamment du domicile) et certaines zones rurales sont sous dotées avec une offre variable selon les services ou structures (dysfonctionnement dans l'accès, le parcours et les liens sanitaire-médico-social-social). Cela génère une inégalité d'accessibilité et de couverture territoriale de l'offre de proximité.

Les fragilités spécifiques des personnes âgées

- **L'isolement et la fragilité sociale des personnes âgées** : plus de deux personnes sur cinq âgées de plus de 75 ans vivent seules en région Paca, chiffre en progression depuis 2006 (+9,8 %) et supérieur au niveau national.
- **Les accidents de la vie courante** : ils ont été à l'origine de 1 800 décès en moyenne par an entre 2009 et 2013 en Paca et concernaient plus de 3 fois sur 4 une personne âgée de 65 ans ou plus. La mortalité par accidents de la vie courante chez les personnes âgées est en augmentation dans la région depuis 2007, contrairement à l'ensemble du territoire national. Les chutes constituent la principale cause de décès domestique au sein de cette classe d'âge.
- **La prise en charge des personnes âgées souffrant de polyopathologies** : La coexistence de pathologies chroniques et la présence de problèmes psychologiques et sociaux fréquemment associés rend l'accompagnement plus complexe. Par ailleurs, les polyopathologies exposent les personnes âgées à une polymédication avec risque accru d'effets indésirables.

ENJEUX

L'ANTICIPATION

Il s'agit d'anticiper l'évolution démographique et d'organiser le parcours de santé autour de la personne âgée mais aussi de l'aidant. Au-delà du maintien des capacités fonctionnelles, les deux objectifs principaux sont de prévenir les risques de perte d'autonomie et de repérer la fragilité des personnes âgées mais aussi des aidants, en agissant le plus en amont possible.

La mobilisation des professionnels doit donc se faire le plus tôt possible dans le parcours et de manière coordonnée.

- La prévention de la perte d'autonomie doit concerner chacun, tout au long de sa vie et notamment au cours de l'avancée en âge.

- Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées et des conditions de vie (habitat, ressources, aidants...)

LA COORDINATION DES ACTEURS

L'objectif est de faciliter la coordination et la communication entre l'ensemble des acteurs qui accompagnent la perte d'autonomie : professionnels soignants (médecins, infirmières, aides-soignants, autres professionnels paramédicaux...), du travail social (auxiliaires de vie, assistantes sociales...) et aussi professionnels de l'animation et de l'aide à domicile.

- Cette évolution doit être pensée dans une logique de prise en charge pluridisciplinaire, à travers une étroite coordination entre les professionnels de soins de ville, les structures médico-sociales et sociales, les hôpitaux de proximité et les plateaux techniques gériatriques.

LE DÉCLOISONNEMENT

Pour une prise en charge plus efficace des usagers, l'ensemble des professionnels doit donc pouvoir mieux communiquer et coopérer pour créer et développer des synergies afin de construire des réponses qui soient adaptées à la société d'aujourd'hui et de demain.

- Quels que soient les enjeux, la personne âgée, dont les valeurs et les préférences doivent être prises en compte tout au long du parcours, doit être considérée comme un partenaire actif de son projet de santé et de vie.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Prévenir la perte d'autonomie et anticiper les ruptures de parcours.

OBJECTIF 2 : Renforcer, adapter et sécuriser le maintien à domicile.

OBJECTIF 3 : Améliorer la coordination des professionnels et l'information des personnes âgées et de leurs aidants sur le territoire.

OBJECTIF 4 : Améliorer les interfaces ville – hôpital.

OBJECTIF 5 : Poursuivre l'adaptation des établissements de santé à la spécificité des personnes âgées.

OBJECTIF 6 : Repenser la place des Ehpad et de l'ensemble des services / dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement au sein du parcours.

OBJECTIF 1 : Prévenir la perte d'autonomie et anticiper les ruptures de parcours

- Organiser et développer des actions collectives et individuelles de prévention en articulation avec les conférences des financeurs.
- Accompagner et sensibiliser les aidants aux facteurs de risque de perte d'autonomie.
- Mener des actions ciblées visant à faciliter l'accès aux soins / lutter contre l'isolement géographique et social
- Déployer l'éducation thérapeutique à travers un décloisonnement du cadre réglementaire non adapté à la perte d'autonomie (sur le modèle Paerpa).
- Accompagner la personne âgée dans l'observance et expliquer les prescriptions pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse.

OBJECTIF 2 : Renforcer, adapter et sécuriser le maintien à domicile

- Développer une réponse à l'urgence sociale afin d'éviter une hospitalisation.
- Eviter des hospitalisations inutiles, surtout de nuit.
- Favoriser l'accès à un conseil en expertise gériatrique pour les professionnels non hospitaliers sur chaque territoire.
- Repérer les fragilités et expérimenter l'intervention d'appui de temps de psychologue, psychomotricien et ergothérapeute dans les services intervenant au domicile des personnes âgées, en fonction des besoins.
- Développer une offre spécifique d'habitat inclusif.

OBJECTIF 3 : Améliorer la coordination des professionnels et l'information des personnes âgées et de leurs aidants sur le territoire

La mission Saco - Services d'appui à la coordination – récemment instituée au sein de l'Agence régionale de santé Paca porte l'objectif d'accompagner la structuration et la montée en charge de la coordination territoriale.

Celle-ci doit en effet permettre un meilleur adressage et ainsi :

- augmenter la pertinence des séjours (gagner du temps, trouver directement le bon niveau d'expertise) ;
- épargner du temps médical de coordination et donc retrouver du temps médical pour le soin
- préparer la sortie et améliorer les conditions de retour au domicile ;
- mettre en place et structurer une gouvernance territoriale entre les différents dispositifs de coordination (sur le modèle du Paerpa dans le territoire Var Est) ;
- disposer d'un bouquet de services numériques adaptables aux besoins et à la prise en charge des personnes âgées ;
- doter les professionnels d'outils d'aide à l'orientation / à l'évaluation multidimensionnelle de toutes les problématiques ;
- améliorer la circulation de l'information entre professionnels pour une meilleure prise en charge des personnes âgées ;
- promouvoir la connaissance des outils et des dispositifs existants pour les personnes âgées et les aidants ;
- former les professionnels aux outils SI : formation en ligne messagerie sécurisée / déploiement du ROR ;
- mettre en place un recueil centralisé de l'offre du territoire, fiabilisé et actualisé et en assurer la continuité informationnelle ;
- aider à la prise en charge des personnes âgées en situation de précarité. (personnes âgées sans domicile).
-

OBJECTIF 4 : Améliorer les interfaces ville - hôpital

- Mettre en place des bilans gériatriques en hôpital de jour pour améliorer le suivi des personnes âgées et éviter les hospitalisations en urgence.
- Privilégier les filières courtes avec accès direct en médecine ou gériatrie.
- Améliorer la prise en charge des symptômes psychiatriques / démences / soins des troubles psychiatriques du sujet âgé.
- Préparer et sécuriser la sortie d'hospitalisation.

La mise en place d'une instance de réflexion ou commission de coordination gériatrique au sein des établissements de santé devrait permettre de penser le parcours de la personne âgée au sein de l'établissement hospitalier de manière transversale et pluridisciplinaire, avec l'ensemble des services

de médecine de chirurgie, de psychiatrie quand ils existent ainsi que les urgences qui accueillant la personne âgée lors de son séjour hospitalier.

Elle œuvre pour la fluidification du parcours, la diffusion de la culture gériatrique et l'amélioration des bonnes pratiques gériatriques au sein de l'établissement. Cette réflexion doit se faire en lien avec les structures sanitaires de la filière gériatrique travaillant en partenariat avec l'établissement, en amont comme en aval, ainsi que les structures médicosociales et la PTA/ CTA du territoire.

- Diffusion d'une culture gériatrique au sein des établissements de santé (équipes mobiles internes et externes, infirmiers formés en gériatrie, mise en place d'organisations internes favorisant la prise en charge gériatrique..).
- Favoriser la complémentarité des prises en charge en USLD et en établissement médico-social.
- Former les professionnels de santé au repérage de la fragilité en amont et en aval de l'hospitalisation.
- Développer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique des patients.
- Faciliter les relations des médecins généralistes avec l'hôpital :
 - Ligne téléphonique dédiée associée à un cadre hospitalier référent.
 - Dossier médical partagé ou accessible.
 - Comptes rendus de sortie systématique transmis dans les délais réglementaires, le même jour (article R-1112-1-2 du Code de la santé publique).

OBJECTIF 6 : Repenser la place des EHPAD et de l'ensemble des services / dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement au sein du parcours

- **Inscrire chaque Ehpads dans une filière gériatrique complète**
 - Participer à la prévention des hospitalisations évitables.
 - Intensifier les liens et coopérations avec les établissements de santé et les acteurs extérieurs.
 - Diversifier les modalités de prise en charge en Ehpads et dans les services.
- **Améliorer les compétences gériatriques et l'accès à l'expertise**
 - Mettre en place des dispositifs innovants, notamment la nuit et le week-end.
 - Développer le recours à l'HAD et aux EMSP en Ehpads et à domicile.
 - Renforcer la qualification et la présence des personnels soignants
 - Faciliter l'intervention des autres professionnels de santé en Ehpads.
 - Encourager les solutions de télémédecine dans les Ehpads.
 - Développer les thérapies non médicamenteuses
- **Diminuer les inégalités sociales d'accès aux Ehpads**
 - Veiller à l'accessibilité financière des Ehpads

LES RÉSULTATS ATTENDUS

- Le nombre d'hospitalisations non programmées est réduit
- Le fonctionnement et l'activité des structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire), des SSIAD et de l'HAD sont optimisés
- Le nombre de personnes ré hospitalisées suite au retour à domicile ou en institution à 7 jours et à 30 jours est réduit
- La perte d'autonomie induite par l'hospitalisation diminue
- Les ratios d'encadrement des personnels soignants en ESMS sont renforcés
- Les personnels soignants en ESMS bénéficient de formations adaptées
- Des réponses innovantes et alternatives entre le domicile et l'entrée en institution (habitat intergénérationnel ; relayage ; hébergement temporaire d'urgence...) sont offertes en lien avec les acteurs publics

2.4 PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

CONTEXTE

L'accompagnement du handicap s'inscrit dans une organisation complexe du fait de la multiplicité des types de structures et services concernés, des modes de financements impliquant deux autorités différentes (Conseils départementaux et/ou ARS) ou encore de la diversité de handicaps. En région Paca, l'état de l'offre relevant du financement exclusif ou conjoint de l'ARS Paca représente 591 ESMS pour 23 900 places⁷.

Pour autant, il convient de relever que cette offre ne répond pas de façon satisfaisante à l'ensemble des besoins des personnes en situation de handicap. Les demandes aujourd'hui exprimées par les personnes en situation de handicap traduisent à la fois une augmentation et une évolution de leurs besoins en raison :

- des taux de prévalence et de la diversité des situations de handicaps : psychique, TSA (troubles du spectre de l'autisme), sensoriels, troubles spécifiques du Langage et des Apprentissages, moteurs, pluri-handicaps, polyhandicaps, traumatismes crâniens, déficience intellectuelle, handicaps rares... ;
- de la progression démographique de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie ;
- des progrès médicaux en termes de dépistage et diagnostic des troubles et déficiences ;
- de l'extension de la définition de handicap et des droits posés par la réglementation et le droit international ou européen qui confortent la personne en situation de handicap et sa famille dans leur choix de vie ;
- d'une offre insuffisante ou jugée trop cloisonnée.

⁷ Soit 22% de places en moins que la moyenne nationale pour les adultes handicapés et 16% de moins pour les enfants et adolescents handicapés

La personne en situation de handicap et ses aidants aspirent à pouvoir accéder à l'ensemble des droits ouverts à tout citoyen qu'il s'agisse des droits à la santé, à la culture, la scolarisation, au travail, aux loisirs...et à disposer de réponses adaptées.

Par ailleurs, plusieurs plans et programmes nationaux convergent vers les mêmes objectifs :

- la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » se structure autour de quatre axes induisant une évolution importante de la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap afin notamment de passer d'une logique de places et de filières à une logique de réponses adaptées. Plusieurs réformes en cours tendent à accompagner ces changements de logique et constitueront des leviers pour l'ARS Paca afin de réaliser les objectifs de ce second PRS : réforme de la tarification, généralisation des CPOM, système d'information des MDPH et de suivi des orientations, réforme des autorisations....
- la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre 2017-2021 tend à transformer et faire évoluer l'offre existante afin de pouvoir répondre à la diversité des aspirations des personnes en situation de handicap et de leurs aidants notamment dans les cas des situations complexes, le polyhandicap et le handicap psychique. Il appartient alors à l'ARS de définir une gouvernance partagée avec les conseils départementaux et les MDPH afin de faire évoluer l'organisation de l'offre territoriale et de construire avec les acteurs de terrain de nouveaux outils, dispositifs, réponses. Cette stratégie s'inscrit en déclinaison de la démarche «une réponse accompagnée pour tous».

- L'année 2017 a marqué la fin du troisième plan autisme 2013-2017 pour lequel l'ARS Paca a été dotée d'une enveloppe de près de 12 millions d'euros. Dans le cadre du quatrième plan autisme dénommé « stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles neuro-développementaux » destiné notamment à favoriser l'insertion sociale et la citoyenneté des personnes mais aussi le repérage, le diagnostic et la prise en charge précoces, l'ARS Paca entend poursuivre sa politique volontariste engagée depuis plusieurs années en direction des personnes avec troubles du spectre autistique.

Les principaux points de ruptures/fragilités identifiés sur les parcours des personnes en situation de handicap s'articulent autour des items suivants :

- L'accès aux aides pour la vie quotidienne
- L'accès aux soins.
- Les situations dites critiques et/ou complexes.
- Les âges charnières notamment :
 - à la petite enfance pour les questions de dépistage, diagnostic ;
 - pour la tranche 16/25 ans : passage à l'âge adulte, transition avec le secteur adulte et/ou en milieu ordinaire (enjeux autour de la scolarisation/formation professionnelle, les passerelles des ESMS enfants vers les ESMS adultes...);
 - le vieillissement.
- Les besoins des aidants.

ENJEUX

Au-delà de l'évolution du secteur médico-social il convient de modifier le regard que l'on porte sur le handicap dans le cadre d'un projet de société où les concepts d'inclusion et d'accessibilité universelle trouvent toute leur signification. Cela implique dès lors que la société s'adapte pour inclure les personnes vulnérables.

L'ARS Paca aspire à pouvoir contribuer à ce projet de société en soutenant dans le cadre de sa politique régionale de santé quatre enjeux majeurs :

« ZÉRO SANS SOLUTION » OU COMMENT ACCOMPAGNER LE DÉPLOIEMENT DE LA RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS

Certaines situations de handicap sont dites « complexes » ou « critiques » par la nature des « comportements à problèmes » que la personne peut présenter et de la multiplicité et des spécificités des réponses à construire, en particulier lors du maintien en établissement des publics de jeunes adultes. La « Réponse accompagnée pour tous » se veut une démarche visant à faire évoluer le secteur médico-social selon une approche plus inclusive prenant en compte les besoins de ces personnes.

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La personne en situation de handicap doit pouvoir accéder sans discrimination à la prévention et aux soins de santé courants ; en effet, le handicap peut conduire à développer des affections secondaires, des comorbidités, des affections liées à l'âge, des maladies chroniques, des comportements à risque (tabagisme, dénutrition...) dont les carences de prévention et de soins sont autant de sources d'aggravation.

PROMOUVOIR UN PARCOURS DE VIE PLUS INCLUSIF AUX ÂGES CHARNIÈRES

Parler de parcours plus «inclusif» pour les personnes en situation de handicap suppose de ne plus raisonner en terme de «places» mais de «réponses» et de créer des passerelles entre les milieux protégés, spécialisés et le milieu ordinaire.

SOUTENIR LES FAMILLES ET LES PROCHES.

Les familles et proches aidants sont des acteurs indispensables et essentiels dans la construction du projet de vie de la personne en situation de handicap. Pour autant cette mobilisation n'est pas sans conséquence pour les aidants (épuisement, fatigue, renoncement à une activité professionnelle, voire à des activités ou relations sociales...) impliquant que l'on prenne en compte leurs propres besoins afin de prévenir les ruptures ou encore les situations de maltraitance.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Développer l'offre médico-sociale d'accueil et d'accompagnement.

OBJECTIF 2 : Développer l'accessibilité physique et matérielle ou «accessibilité universelle» aux soins.

OBJECTIF 3 : Former, informer les professionnels sur l'accès aux soins, la santé, la prévention et le dépistage du handicap.

OBJECTIF 4 : Assurer la continuité entre repérage, dépistage, diagnostic et prise en charge

OBJECTIF 5 : Favoriser/accompagner l'insertion professionnelle des 14/25 ans et leur entrée dans la vie d'adulte/de citoyen.

OBJECTIF 6 : Développer et structurer l'offre de répit.

Objectif 7 : Développer l'information et la formation en direction des familles et proches aidants.

OBJECTIF 1 : Développer l'offre médico-sociale d'accueil et d'accompagnement.

- Renforcer et diversifier les modalités d'accueil (temps séquentiel, accueil de jour, accueil temporaire, internat), et les modalités de fonctionnement (ambulatoire, file active...).
- Promouvoir les plateformes de services selon une logique de dispositif permettant d'offrir un panel diversifié d'accompagnements
- Promouvoir les dispositifs expérimentaux (équipe mobile sanitaire intervenant dans les ESMS et à domicile, pôle de compétences et de prestations externalisées).

OBJECTIF 2 : Développer l'accessibilité physique et matérielle ou «accessibilité universelle» aux soins.

- Pérenniser les actions expérimentales en matière d'accès aux soins (sites de consultation dédiées) et y inclure des actions de prévention.
- Mettre en place de consultations dédiées au sein des établissements de santé sur les soins spécialisés (soins dentaires, gynécologiques, radiologiques...) et envisager la création d'équipes mobiles pouvant intervenir à domicile ou ESMS.
- Disposer d'un plateau d'imagerie/radiologie adapté dans les hôpitaux pour les personnes en situation de handicap présentant une obésité morbide, développer la télémédecine...
- Augmenter le périmètre d'intervention du réseau «Handident».

- Développer les supports de communication adaptés aux personnes en situation de handicap notamment sur les thématiques de prévention.
- Conforter les connaissances sur le handicap et la mise en réseau des professionnels reconnus pour les cas complexes (centre ressources, recherche...).

OBJECTIF 3 : Former, informer les professionnels (des établissements de santé, professionnels des ESMS et aidants) sur l'accès aux soins, la santé, la prévention et le dépistage du handicap.

- Sensibiliser dans le cadre d'échanges thématiques les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de handicap.
- Former un réseau de professionnels volontaires (libéraux et hospitaliers) à la prise en charge des personnes en situation de handicap afin de jouer un rôle de correspondant, de relais auprès des autres professionnels.
- Sensibiliser et former les équipes des ESMS et les aidants à la prévention et au dépistage.
- Développer des temps d'échanges de pratiques intersectoriels pour améliorer la prise en charge, l'orientation et partager les pistes d'amélioration.

OBJECTIF 4 : Assurer la continuité entre repérage, dépistage, diagnostic et prise en charge

- Adapter l'offre en proximité : diversifier les modalités d'accueil, les dispositifs, conforter le fonctionnement des CAMSP, simplifier les agréments d'âge des ESMS.
- Développer l'offre de services.
- Conforter les réponses en direction des enfants présentant des Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages.
- Favoriser l'accès à l'évaluation des troubles neuro-développementaux dans le cadre de structures ou services dédiés.

OBJECTIF 5 : Favoriser/accompagner l'insertion professionnelle des 14/25 ans et leur entrée dans la vie d'adulte/de citoyen

- Développer l'offre de service SESSAD pro/CFA.
- Conforter la filière lycée professionnel/SESSAD pro/SIPFP/CFA.
- Développer les SIPFP (section d'initiation et de première formation professionnelle rattachée à des IME) et les modalités hors les murs (ESAT, SIPFP).
- Soutenir et développer l'habitat inclusif.
- Conforter les partenariats ESMS, EN, ASE, MDPH, secteur de l'emploi (DIRECCTE, AGEFIPH...).
- Soutenir les actions de formation à l'autonomie à la vie sociale.

OBJECTIF 6 : Développer et structurer l'offre de répit

- Développer et structurer des places accueil temporaire et accueil de jour, favoriser les transports, développer l'accueil familial.
- Favoriser les interventions à domicile de longue durée : formation de l'aidant, soutien par un tiers (détaché d'un ESMS ou relevant d'une structure d'appui), équipes mobiles.

OBJECTIF 7 : Développer l'information et la formation en direction des familles et proches aidants

- Développer et soutenir les temps de rencontre entre pairs aidant.
- Organiser des formations en direction des aidants.
- Promouvoir les séjours de répit aidants/aidés.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

- Tous les ESMS ont conclu des conventions avec un ou des établissements de santé du territoire pour :
 - o prévenir et limiter les hospitalisations d'urgence ;
 - o améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ;
 - o développer des fonctions ressources dans chaque département afin d'offrir une expertise.
- L'autonomie des personnes en situation de handicap a progressé notamment chez les 14-25 ans.
 - o Augmentation du nombre de jeunes en situation de handicap en formation professionnelle.
 - o Facilitation de l'accès aux droits ordinaires pour les personnes en situation de handicap.
 - o Facilitation de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire pour les jeunes en situation de handicap.
- Les professionnels de santé sont mieux sensibilisés et formés au handicap.
- Le nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton diminue de 20% chaque année.
- Le délai de diagnostic des déficiences/du handicap, de prise en charge a été réduit.
- Les enfants accompagnés en établissements spécialisés bénéficient d'une scolarisation à l'école, c'est à dire en dehors d'une unité d'enseignement implantée dans un établissement spécialisé.
- La part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement en milieu ordinaire s'élève à au moins 50%.

2.5 PARCOURS SANTÉ ET PRÉCARITÉ

CONTEXTE

L'état de santé d'une personne se caractérise par une interaction complexe entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qui agissent tout au long de l'existence : revenus, éducation, conditions de travail, cadre de vie, environnement, accès au système de soins...

La question des inégalités sociales de santé (ISS) constitue un enjeu central pour la santé publique, elle est l'un des objectifs majeurs de la stratégie nationale de santé. Alors que notre pays connaît une situation sanitaire globalement favorable, ces inégalités renvoient aux différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux de l'ensemble de la population. Les ISS interfèrent également avec de fortes disparités territoriales et les déterminants sociaux et économiques relèvent d'autres politiques que la seule politique de santé ; elles appellent de facto à une mobilisation de tous les acteurs et décideurs publics.

Dans tous les départements de Paca, la pauvreté est plus forte qu'au niveau national. En 2014, 17,5% des habitants de la région, soit environ 870 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté, contre 14,7% au niveau national. Cela représente un habitant sur six. Différentes formes de pauvreté coexistent dans la région, qu'il s'agisse des jeunes et des familles monoparentales (près d'un enfant de moins de six ans sur quatre appartient à un ménage pauvre, contre un sur cinq en moyenne en France métropolitaine) ou des personnes âgées.

La notion de précarité ajoute à l'ensemble des conditions de vie une dimension d'insécurité. Elle est caractérisée par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se

prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. Elle s'exprime par des situations financières, sociales ou matérielles difficiles.

Les personnes concernées sont plus souvent que la population générale issues de milieux défavorisés, sont déracinées de leur région ou de leur pays d'origine, ont peu d'instruction et de qualifications, vivent de faibles revenus du travail (professions peu qualifiées, contrats précaires), d'allocations ou d'aides. Elles ont en commun des histoires de vie faites d'évènements traumatisants dès l'enfance (décès de proches, ruptures, violence...), de pertes d'emploi voire de logement, de problèmes d'isolement ou d'intégration.

Les personnes en situation de précarité subissent donc une double inégalité : du point de vue de leurs conditions de vie, elles sont davantage touchées par des problèmes de santé ; du fait de leur manque de ressources, elles ont moins de possibilité de se soigner, et un accès aux soins semé d'embûches (administratives, financières, matérielles...)

Le « parcours précarité » concerne donc les personnes qui cumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de soins et des difficultés d'accès aux droits et aux soins.

C'est dans ce cadre que deux modalités d'actions se font jour :

- mener des politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins qui bénéficient à l'ensemble de la population et des territoires et dont font partie les populations en précarité afin de réduire les inégalités ;
- travailler plus spécifiquement pour et avec les populations les plus vulnérables avec un double objectif : mettre en place des actions spécifiques pour ces populations et leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun.

Le Projet régional de santé inclut un programme spécifique, au côté du Schéma régional de santé : le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (Praps). Ce programme apporte des réponses concrètes en allant au plus près de la personne, et de son parcours de vie, en prenant en compte une approche territoriale et de proximité.

La présente partie du Schéma régional de santé est dédiée spécifiquement à la thématique « parcours de santé et précarité », et en reprend les objectifs opérationnels, déclinés de façon plus précise dans le Praps. Ces derniers se concentrent sur les publics situés au plus bas de l'échelle sociale qui cumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de soins, d'accès aux droits et aux soins : « les plus démunis ». Ce sont, les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les migrants, les personnes âgées migrantes (notamment en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales), les étrangers en situation irrégulière, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les personnes placées sous-main de justice, ainsi que les anciens détenus en démarche de réinsertion, les personnes en situation vulnérable et les jeunes en insertion, les travailleurs pauvres, les femmes isolées et les familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins...

Les principaux points de ruptures/fragilités identifiés sur les parcours des personnes en grande précarité sont :

- L'accès aux soins et au droit commun.
- L'inclusion, en particulier pour le logement
- Les inégalités liées aux territoires, urbains et ruraux.

ENJEUX

■ AVOIR UNE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES COORDONNÉE ET ÉVALUÉE.

Des actions conjointes avec des acteurs du logement, du travail, de l'éducation, de la petite enfance, de l'aménagement du territoire, de la politique de la ville entre autres permettront d'avoir des impacts significatifs sur la réduction des inégalités. Des indicateurs choisis et mesurés annuellement pourront permettre de suivre l'efficacité des politiques mises en œuvre.

Favoriser l'émergence de nouvelles organisations et de nouveaux métiers.

Aider à l'émergence d'organisations intelligentes ou communautés de travail inspirées (communautés de pratique) facilitant l'innovation et la créativité.

Encourager le développement de nouveaux métiers facilitant ces nouvelles manières de travailler : médiateur de santé, Community manager, courtier en savoir, expert d'expérience/travailleur pair.

Développer de nouvelles stratégies de professionnalisation.

Développer l'accompagnement et la professionnalisation des acteurs associatifs.

Adapter certains progrès technologiques afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

Le paradoxe est que les nouvelles technologies peuvent apporter des solutions pour surmonter les lignes de fracture mais que les personnes précaires y ont peu accès. Les politiques de santé doivent donc s'intégrer dans des dispositifs complets afin d'agir globalement.

Utiliser des outils innovants : La e-formation, l'éducation thérapeutique en ligne, l'entraide et l'aide juridictionnelle, la télémédecine adaptée aux plus pauvres, le e-interprétariat, communautés d'entraide en ligne (communautés de pratique et communautés d'expériences).

Faciliter la résolution d'un ou deux grands problèmes d'inégalités sociale de santé via des programmes expérimentaux et des politiques volontaristes transversales efficaces.

Les dispositifs traditionnels d'aide et d'insertion sont trouvant dépassés par la grande précarité. Il faut donc inventer de nouvelles réponses, en partenariat avec toutes les institutions.

Il s'agit de privilégier les approches opérationnelles, programmatiques et pragmatiques :

- Réduction de 50% à 5 ans du défaut d'accès à une couverture de soins des personnes les plus précaires.
- Expérimentation «Lab zéro», politique zéro SDF à Marseille.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Intervenir sur les principaux déterminants sociaux de santé prioritaires, notamment le logement, l'inclusion sociale et le travail.

OBJECTIF 2 : Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies.

OBJECTIF 3 : Améliorer l'efficacité et l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis.

OBJECTIF 4 : Assurer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé.

OBJECTIF 5 : Partager et adopter de bonnes pratiques, accompagner la mise en place de nouveaux métiers et nouvelles organisations.

OBJECTIF 6 : Evaluation, Recherche, Transfert de savoir et Innovation.

OBJECTIF 7 : Améliorer les parcours de santé pour certains publics dispositifs ou thématiques.

OBJECTIF 1 : Intervenir sur les principaux déterminants sociaux de santé prioritaires, notamment le logement, l'inclusion sociale et le travail.

Réduire les inégalités sociales de santé est un défi pour les acteurs qui doivent sortir de leur zone de compétence/légitimité pour faire des alliances avec les autres acteurs.

- **Mettre en place des instances de gouvernance du Praps au niveau régional et départemental** (personnes concernées, acteur de terrain, cohésion sociale, assurance-maladie, collectivités territoriales, ..) pour mieux coordonner les politiques, les actions et les financements
 - Organiser conjointement des journées d'échanges pour les acteurs concernés car si certaines des actions prévues relèvent directement de l'ARS, la plupart nécessitent une mise en œuvre associant différents partenaires institutionnels.
 - Comparer et échanger avec les Praps des autres régions.
 - Se référer et diffuser les données probantes.
- **Développer des programmes de type « Un chez soi d'abord » sur tout le territoire** et en élargissant à toutes les personnes les plus démunies en s'appuyant sur la nouvelle politique «un logement d'abord» du gouvernement.
 - Développer des actions de prévention des expulsions et d'amélioration de l'habitat des personnes les plus vulnérables (malades/handicapées) en assurant l'accompagnement médico-social adapté.
 - Le programme « un chez soi d'abord », né grâce à l'alliance de spécialistes du logement et de la santé, a montré une efficience supérieure à toutes les offres

habituelles existantes à répondre aux besoins primaires des personnes sans abri de longue durée avec des problèmes de santé sévères.

- **Développer et renforcer des actions qui ciblent spécifiquement l'inclusion sociale** des personnes via des activités sociales (comme l'activité physique adaptée en groupe), les liens avec la famille et les amis, les groupes d'auto et d'hétéro-support (associations GEM, collectifs) et toutes activités pertinentes ayant fait les preuves de leur efficacité.
- **Contribuer au développement de nouveaux programmes sur l'accès à l'emploi en milieu ordinaire** (pour des personnes vivant avec une maladie chronique/handicap psychique en particulier) ayant montré leur pertinence et leur efficacité en population générale.

OBJECTIF 2 : Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies.

Faciliter l'accès aux droits : des droits effectifs et défendus

- L'accès à des droits effectifs pour les plus démunis concerne aussi bien les 3 droits opposables (santé, éducation, logement) que les droits aux aides financières minimales pour survivre (Revenu de solidarité active ou Allocation adultes handicapées) et tous les autres types d'aides prévus par la loi.
- Faciliter les ouvertures de droits et éviter les ruptures.
- Améliorer l'accès à l'information sur les droits notamment pour les publics non francophones ou ne maîtrisant pas la lecture.
- Lutter contre toutes les formes de violences : discriminations, violences institutionnelles, violences invisibles et du quotidien, mépris, stigmatisation dans ses différentes formes (auto-stigmatisation, stigmatisation individuelle et stigmatisation institutionnelle) qui ont pour conséquence une diminution parfois dramatique du capital santé des personnes.

Développer les compétences et agir avec les personnes

- Améliorer la littératie : mettre à disposition des informations utilisables tout de suite pour améliorer la santé des personnes les plus démunies (expériences réussies, actions probantes, évaluations..).
- Développer une culture de respect des droits fondamentaux.
- Développer les compétences psychosociales et développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) aux personnes les plus démunies.
- Penser le parcours de santé et de vie avec la personne et non pour la personne en respectant le principe de l'empowerment (pouvoir d'agir sur sa propre vie).

OBJECTIF 3 : Améliorer l'efficacité et l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis.

De nombreuses actions de soins spécifiques aux personnes les plus démunies se sont implantées dans le territoire depuis 20 ans. Un focus sera fait en premier lieu sur l'amélioration de leur efficacité et de leur efficience et les plus pertinentes seront étendues à d'autres territoires. Par ailleurs, il convient d'améliorer l'efficience de l'offre de soins classique/universelle pour les personnes les plus démunies, l'offre de soins spécifique ne devant être, «dans l'idéal» qu'une passerelle pour aider les personnes à accéder aux soins «comme tout le monde».

- **Améliorer, renforcer et développer les pratiques de «l'aller vers», de la réduction des risques, et du rétablissement.**

Le travail de proximité c'est : intervenir là où les gens vivent tant géographiquement qu'existentiellement. C'est accompagner les personnes sur leurs objectifs et leurs besoins et en respectant leurs priorités et leur temporalité. C'est s'approcher sans s'imposer.

La réduction des risques : déjà définie dans le champ des addictions, elle s'applique d'autant plus avec les personnes les plus démunies. Il s'agit d'avoir une approche non jugeante et non directive sur les consommations des personnes en maintenant un regard positif inconditionnel et en accompagnant les personnes à avoir des conduites les moins à risques possible.

Le rétablissement : issu du champ de la santé mentale, ce concept insiste sur l'utilisation des compétences des personnes et la reprise de pouvoir sur leur vie.

- Développer davantage «l'aller vers» les publics en grande précarité les plus éloignés du système de soins (équipes mobiles santé précarité, équipe mobile psychiatrie précarité, PASS mobiles, maraudes...).
- Développer des interventions afin de cibler les situations à risque de rupture. Anticiper les conséquences d'événements entraînant une rupture du parcours de vie : veuvage, divorce, chômage,...et pour les enfants : décès d'un ou des deux parents.
- Renforcer les possibilités d'interprétariat : les besoins sont accrus par l'augmentation des personnes demandeurs d'asile, avec la difficulté supplémentaire que certaines d'entre elles parlent une langue pour laquelle les possibilités d'interprétariat sont actuellement limitées. Un accès des professionnels libéraux à l'interprétariat sera à développer.
- Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus exclues dans toutes les actions et dispositifs.
- Veiller à une couverture territoriale équitable avec une répartition homogène de certains dispositifs sur le territoire selon les besoins : ouverture de Lits d'Accueil Médicalisés, augmentation du nombre de Lits Halte Soins Santé. Compenser l'insuffisance ou l'absence de porteurs sur certains territoires vulnérables socialement, notamment en zone rurale.
- Améliorer l'efficacité de l'accès aux soins à l'hôpital et en ville.
- Travailler sur les deux points clés du parcours de soins : le recours au médecin traitant et le recours aux services d'urgence en veillant à former les personnels de ces services aux spécificités des publics en situation de précarité pour qu'ils prennent en compte la perception qu'ont ces publics de leur état de santé et éviter ainsi les recours itératifs aux urgences.
- Promouvoir une organisation des soins de proximité plus accessible, notamment dans les territoires ruraux et les quartiers concernés par la politique de la ville (accessibilité socio culturelle). Les ateliers santé ville seront mobilisés sur le champ de l'amélioration de l'accès aux soins, les modes d'exercice coordonné, tels que les maisons pluri-professionnelles de santé et les centres de santé, seront encouragés à prendre en charge la précarité.
- Améliorer l'accès aux soins dentaires et optiques et permettre l'accès aux produits de santé.
- Incrire la politique de lutte contre la précarité dans le projet d'établissement des établissements de santé : les établissements veilleront à définir des protocoles d'accueil, de prise en charge et de continuité des soins, en sortie d'hospitalisation pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMU-C), et mieux préparer la sortie d'hospitalisation.
- Soutenir la coordination des acteurs en particulier autour des parcours complexes et fluidifier le lien entre la santé et l'hébergement d'urgence.
- Développer l'accompagnement physique pour éviter les ruptures de parcours ; Accompagner la personne pour l'accès à l'hébergement et au logement et pour l'accès à l'emploi, si possible.
- Soutenir les actions de médiation en santé publique.

- Mieux prendre en compte la complexité de la prise en charge de la symptomatologie psychiatrique chez les personnes en grande précarité et plus largement de l'accueil des publics «en marge» (y compris troubles du comportement) ; renforcer l'accès aux soins psychiatriques pour ce public dans les CMP.
- **Modéliser et rendre efficient le fonctionnement des Permanence d'accès aux services de santé.**

OBJECTIF 4 : Assurer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé.

- Mettre en place les actions de prévention et promotion de la santé, prodiguer des soins et organiser les services sur la base de données scientifiques ou de recommandations de bonnes pratiques.
- Mettre en place des actions de prévention en déclinaison des plans nationaux : addictions, nutrition (surpoids), insécurité alimentaire, contraception, IVG, VIH, Hépatites, augmentation du pourcentage du dépistage, souffrance psychique, hygiène de vie (y compris buccodentaire), actions de soutien à la parentalité.
- Mener des actions de prévention au plus près des publics en utilisant les structures et services existants.
- Soutenir les actions visant à favoriser la réponse aux besoins primaires : l'accès à l'hygiène, à l'alimentation et à l'eau.
- Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins.

OBJECTIF 5 : Partager et adopter de bonnes pratiques, déployer de nouveaux métiers et nouvelles organisations

- Sensibiliser les professionnels de santé à la prise en compte de la vulnérabilité sociale et aux modalités du prendre soin spécifiques à ce public, en particulier les personnels en établissements de santé (Urgences et plus généralement hospitalisation complète).
- Former les professionnels de santé aux interventions de référence qui ont fait leur preuve sur la réduction des inégalités.
- Mettre en place des formations croisées. Renforcer par exemple les pratiques de réduction des risques et leur diffusion notamment avec celles concernant l'alcool.
- Etre à l'écoute, évaluer et accompagner la mise en place de nouveaux métiers : expert d'expérience, médiateur de santé, community manager et courtiers en savoir.
- Favoriser les organisations bienveillantes, non hiérarchisées, favorisant l'intelligence collective, l'innovation et la créativité (sociocratie, holacratie, organisation inspirée, communauté, scop, autres).

OBJECTIF 6 : Evaluation, recherche, transfert de savoir et innovation

- Développer une culture de l'évaluation scientifique : afin d'identifier les pratiques les plus efficaces pour réduire les inégalités, des démarches évaluatives rigoureuses, s'appuyant sur des équipes universitaires et ciblant les dispositifs les plus innovants/importants devront être initiées.
- Recherche : soutenir les recherches-actions participatives : cette approche permet d'associer des opérateurs de terrain à des équipes de recherches. Elle vise à définir des réponses à des besoins pour lesquels aucune action probante n'est clairement identifiée ou à l'égard desquels les dispositifs existants sont peu ou pas opérants. Les données issues de la recherche doivent permettre de mieux identifier la nature et la taille des problèmes et leur évolution dans le temps afin de mesurer l'efficacité des politiques menées.

- Transfert de savoir : les solutions pour améliorer la santé concernant les populations les plus exclues devront être mises à disposition de manière simple, et utilisable pour les professionnels (vulgarisation) et les personnes (littératie). L'utilisation préférentielle des solutions qui marchent le mieux (données probantes) devra être encouragée afin de gagner du temps face aux nombreux problèmes de santé que rencontrent les personnes les plus démunies. Au-delà des intentions, les bonnes pratiques devront être diffusées dans les actions au quotidien. La e-santé pourra être un outil à la fois d'information et de formation sur les solutions qui ont fonctionné ailleurs.

OBJECTIF 7: Améliorer les parcours de santé pour certains publics dispositifs ou thématiques

Cet objectif concerne plus particulièrement les parcours de santé des personnes réfugiées et demandeurs d'asile et le parcours de santé des personnes détenues. Les parcours de santé construits pour ces publics sont intégrés au Praps.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

- Une gouvernance et des politiques communes sont mises en place entre les acteurs institutionnels et associatifs.
- Les professionnels de santé sont mieux formés et adaptent leur pratique aux spécificités des publics précaires.
- Les pratiques les plus efficaces pour réduire les inégalités sont identifiées et partagées, ainsi que leurs conditions de transférabilité
- Les connaissances en termes de droits et d'accès aux soins des personnes en situation de précarité sont renforcées
- L'état de santé global et l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité sont améliorés
- L'information en santé est accessible et compréhensible pour le public ciblé (littératie).
- Les réponses sont articulées entre le sanitaire et le social au profit d'une prise en charge globale et des programmes innovants sont mis en œuvre (*Housing first ; Working first*)

2.6 PARCOURS SANTÉ MENTALE

ENJEUX

La santé mentale, enjeu majeur de santé publique, est aussi un enjeu de décloisonnement des politiques publiques.

Les enjeux en santé mentale sont de plusieurs ordres.

Faire face à l'augmentation de fréquence des troubles psychiques et des comorbidités associées.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les troubles mentaux, et plus particulièrement la dépression, représenteront d'ici 2030, la principale cause de morbidité dans le monde. En France, en 2015, l'Assurance Maladie dénombre 7,2 millions de personnes ayant recouru aux soins pour un trouble psychique (1,9 millions suivies pour une pathologie psychiatrique et 5,3 millions ayant consommé régulièrement des psychotropes). En Paca, 614 000 personnes sont ainsi concernées. Les coûts associés sont substantiels. En 2015, la santé mentale représentait le deuxième poste de dépenses pour l'Assurance maladie, avec 22,5 milliards d'euros, de coûts directs, soit 15 % des dépenses de santé.

Les troubles mentaux recouvrent un large spectre, des troubles fréquents et modérés qui peuvent être ponctuels aux troubles plus sévères et persistants : troubles de l'humeur, troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, les troubles bipolaires, les troubles schizophréniques et autres psychoses, les troubles du développement, etc. Les personnes aux prises avec un trouble sévère, ainsi que leurs proches, sont celles qui sont les plus susceptibles de souffrir d'une organisation inadéquate des services de santé mentale.

La fréquence des comorbidités somatiques associées aux troubles psychiques a un retentissement sur l'espérance de vie. Les personnes souffrant d'un trouble psychique grave ont un risque accru global de mortalité (1,4 à 1,6 fois celui de la population générale) du fait des problèmes de santé physique qui s'ajoutent au risque de suicide. Ainsi, l'espérance de vie des personnes souffrant d'un trouble mental sévère est de 15 à 20 ans inférieure à celle de la population générale. Cette situation s'explique principalement par l'action combinée de la maladie ou de son traitement (effets secondaires de la médication), d'habitudes de vie néfastes pour la santé, de conditions de vie précaires et de difficultés d'accès aux soins. Par ailleurs, la co-occurrence de troubles psychiques et addictifs concerne un tiers des personnes vivant avec un trouble psychique.

Des facteurs de risque (et de protection) sont aussi associés à la santé mentale, qui font que certains groupes sont plus à risque que d'autres de développer des troubles et doivent faire l'objet d'une attention spécifique. Il s'agit notamment des antécédents psychiatriques familiaux, de l'adversité durant l'enfance, de l'utilisation de substances psychoactives, des migrations, de l'isolement social, de la précarité, des expériences traumatiques ou encore de la stigmatisation, et de certaines tranches d'âge abordées ci-après.

RENFORCER LA CAPACITÉ D'AGIR ET DE SE RÉALISER DES PERSONNES VIVANT AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES ET FAIRE EN SORTE QUE NOTRE SOCIÉTÉ SOIT RÉELLEMENT INCLUSIVE

L'impact social des troubles mentaux est majeur, en termes de qualité de vie, de participation sociale, de marginalisation et de précarité, de difficultés à accéder ou à se maintenir dans un logement et un emploi, de chômage et d'incarcération. Dès l'enfance, les parcours de vie sont exposés à un risque important de précarisation : échec scolaire, estime de soi dégradée, emploi sous-qualifié, faibles revenus, conditions de travail pénibles... Dans ce contexte, les interventions doivent englober non seulement le traitement des symptômes, mais aussi la réduction des conséquences fonctionnelles et sociales des troubles psychiques. La satisfaction des besoins « biopsychosociaux » (se nourrir, se

loger, posséder une source de revenus, se divertir...) des personnes vivant avec des troubles psychiques occupe une position centrale dans le système de santé mentale.

A l'inverse, les difficultés sociales génèrent de la souffrance psychique, des troubles du comportement, des états dépressifs, en rapport soit avec les conditions de stress et d'inquiétude rencontrées quotidiennement par les personnes en précarité, soit avec des pathologies avérées déclenchées ou révélées par ces conditions de vie.

Le respect des droits fondamentaux des personnes vivant avec des troubles psychiques est d'autant plus important à assurer qu'elles peuvent faire l'objet de procédures dérogatoires au droit commun comme la contrainte aux soins, la mise à l'isolement ou la contention. Une prise en charge bienveillante, visant à réduire les pratiques portant atteinte aux droits et libertés des personnes doit être développée dans les structures et services sanitaires et médicosociaux afin d'améliorer l'expérience de soin des personnes.

Les représentations sociales autour de la santé mentale sont construites sur des idées reçues et fortement ancrées qui véhiculent des préjugés négatifs : notion de violence et de dangerosité, incapacité de la personne à se comporter conformément aux attendus de la société et caractère infantile, régressif des personnes concernées. Parce que cette stigmatisation participe de la difficulté à entrer ou à rester dans un processus de prise en charge, il importe d'agir pour tenter de réduire cette exclusion.

■ **PRÉVENIR, SOIGNER, ACCOMPAGNER POUR AMÉLIORER LA RESILIENCE DES PERSONNES, DIMINUER LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET LE DÉVELOPPEMENT DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES.**

Dans le cadre d'une approche positive, qui « vise à agir sur les déterminants de la santé mentale afin d'accroître la santé mentale positive » (OMS), il faut agir le plus précocement possible et intervenir tôt dans la vie, puisque la période périnatale de même que les premières années de vie de l'enfant constituent des périodes cruciales pour l'établissement des fondements de la santé mentale d'une personne.

Le développement des habiletés personnelles et sociales de la personne a un effet protecteur pour sa santé mentale, notamment en situation d'adversité. Les adultes doivent être soutenus dans leurs tâches et responsabilités en particulier parentales, pour interagir positivement avec les enfants et adolescents.

■ **ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET TRANSVERSALE.**

L'organisation d'un parcours de santé et de vie, de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves ou en situation ou à risque de handicap psychique, doit s'inscrire dans la durée, au plus près du lieu de vie de la personne, en vue de leur rétablissement, de leur inclusion sociale et d'une plus grande autonomie.

Une approche systémique doit permettre de coordonner le parcours de santé entre les multiples intervenants (repérage précoce ; premier recours ; soins somatiques ; soins psychiatriques ; soins addictologiques) ; d'assurer une prise en charge globale sanitaire, médico-sociale et sociale ; d'accompagner la personne tout au long de sa vie, en fonction de ses besoins, en articulant le parcours aux âges charnières ; de prendre en compte l'environnement social et familial de la personne et de permettre à la personne d'être acteur de sa santé et de vivre une vie satisfaisante et choisie.

■ **FAVORISER LA DIFFUSION ET L'IMPLANTATION DES BONNES PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE, BASÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES, AFIN D'ASSURER LA QUALITÉ DES RÉPONSES FAITES AUX BESOINS DES PERSONNES.**

Plusieurs études internationales font état de l'écart existant entre les découvertes et données issues de la recherche et leur application dans les pratiques cliniques ou les pratiques de prévention et appellent à développer une culture de l'évaluation et de l'implémentation des connaissances. Comme le souligne le Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, « il ne suffit pas de diffuser des préconisations pour que les organisations ou pratiques reconnues pour être efficaces s'implémentent.

Pour faciliter cette implémentation, il est nécessaire de suivre un processus plus long, structuré autour de deux facteurs de succès que sont la flexibilité et l'accompagnement du processus. A ce jour, aucune organisation type ne peut être tenue pour acquise et relevant d'un haut niveau de preuves scientifiques ce qui laisse à la communauté des soignants et de la société civile une large marge de créativité et d'innovations. Toutefois, un modèle s'impose aujourd'hui pour repenser la qualité du parcours de santé et de vie en santé mentale, organisation et pratiques dans le soin et l'insertion, en fonction d'une lecture fondée sur le rétablissement. Cette lecture fixe de nouveaux enjeux à la santé mentale et propose des organisations de nature à y répondre. Par ailleurs, une orientation générale de l'organisation de nature collaborative est désormais visée de manière consensuelle. »

Pour faciliter le transfert de savoir, 4 types d'intervention en santé publique sont classiquement évoquées :

- Les stratégies de diffusion (knowledge management), c'est à dire l'ensemble des activités visant à vulgariser les données scientifiques et à les adapter à l'utilisateur.
- Les stratégies d'échange (linkage and exchange) qui, inscrites dans les organisations ou en dehors, favorisent la mise en lien des producteurs de connaissances.
- Les stratégies de formation (capacity building) des utilisateurs à mieux intégrer et de manière autonome les connaissances scientifiques dans leurs pratiques professionnelles et leurs organisations.
- Les stratégies collaboratives de co-construction ; il s'agit non plus de distinguer producteurs et utilisateurs de connaissances mais de partager ces rôles dans la production conjointe de connaissances. Elles s'appuient sur des interactions continues et soutenues.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Pour une meilleure santé mentale à tous les âges de la vie

OBJECTIF 1 : Prévenir la souffrance psychique, renforcer la résilience et favoriser le rétablissement.

OBJECTIF 2 : A tout âge de la vie, intégrer le dispositif de soins (care), d'accompagnement et d'insertion dans la cité, favorisant la réalisation d'une vie satisfaisante et choisie de la personne.

OBJECTIF 3 : Améliorer la réponse à l'urgence et la crise.

OBJECTIF 4 : Faire de l'utilisateur en santé mentale un acteur de son parcours, favorisant le respect de ses droits, de sa liberté et dignité dans les épreuves de vulnérabilité.

OBJECTIF 5 : Agir dès le plus jeune âge, par des interventions spécifiques renforcées de la périnatalité à l'adolescence

OBJECTIF 6 : Améliorer la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique

OBJECTIF 7 : Adapter le système de santé mentale au vieillissement de la population

OBJECTIF 8 : Prévenir le suicide

OBJECTIF 1 : Prévenir la souffrance psychique, renforcer la résilience et favoriser le rétablissement

L'importance et la rapidité de la progression des troubles de santé mentale doivent conduire à s'interroger sur les causes profondes et les actions de prévention possibles.

Comment peuvent se concrétiser les actions de prévention dans le champ de la santé mentale ?

Il ne s'agit pas ici de prétendre donner des réponses exhaustives à cette question complexe, mais se poser la question est peut être la première étape pour inventer de nouvelles réponses.

Il s'agit à la fois de créer, développer des environnements favorables à la santé mentale en permettant aux personnes de satisfaire leurs besoins fondamentaux :

- besoins de sécurité (paix, stabilité, logement, alimentation, revenus) ;
- besoins de relations et besoins affectifs ;
- besoins concernant la santé physique et l'hygiène de vie ;
- besoins d'agir sur leur vie, d'épanouissement personnel et professionnel.

La satisfaction de ces besoins ne relève pas du système de soins et appelle des réponses globales : accès aux droits, reconnaissance sociale, aides pour la vie quotidienne. Un lien très fort existe donc entre ces actions et celles détaillées dans les parcours précarité, handicap, personnes âgées, addictions.

Par ailleurs, dès le plus jeune âge, les actions de renforcement des compétences psychosociales menées dans la région, auprès des enfants en coopération étroite avec l'éducation nationale, contribuent à prévenir la souffrance psychique et l'émergence des pathologies psychiatriques.

OBJECTIF 2 : A tout âge de la vie, intégrer le dispositif de soins (care), d'accompagnement et d'insertion dans la cité, favorisant la réalisation d'une vie satisfaisante et choisie de la personne.

Cette approche a vocation à privilégier l'accompagnement en milieu ordinaire «hors les murs», à adapter l'intensité et la durée de l'accompagnement des personnes en fonction de leurs besoins de soins et en réévaluant régulièrement la situation pour tenir compte de son évolution. Elle vise à orienter les pratiques vers les objectifs de rémission clinique et le rétablissement de la personne et à intégrer la capacité des personnes à décider et agir pour toute démarche d'accompagnement.

- **Favoriser l'inclusion dans la cité des personnes présentant un trouble psychique grave avec ou sans handicap par l'habitat inclusif et l'accès à l'emploi, en privilégiant les dispositifs ordinaires.**
 - Travailler en partenariat avec l'ensemble des intervenants : usagers, municipalités, direction en charge de la cohésion sociale et services intégrés d'accueil et d'orientation, les maisons départementales des personnes handicapées, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées - Agefiph, dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, en s'appuyant sur les conseils locaux de santé mentale.
 - Développer les services sociaux et médico-sociaux dont la mission est l'accompagnement de la personne pour son insertion ou son maintien dans le milieu ordinaire ainsi que des structures spécialisées dans l'insertion professionnelle.
 - Développer l'intermédiation locative, les actions auprès des bailleurs sociaux et autres dispositifs innovants en termes d'accès et de maintien dans le logement, en assurant un soutien des équipes de psychiatrie au domicile de la personne.
 - Mettre en place des actions favorisant l'inclusion professionnelle dans les entreprises (lutte contre la stigmatisation, développement de programmes d'accompagnement à l'emploi).
 - Favoriser la prise en charge en ville en renforçant les liens entre services de psychiatrie et médecins généralistes.
- **Eviter les hospitalisations, prévenir la chronicisation et l'institutionnalisation par une prise en charge précoce et adaptée.**
 - Repérer précocement :

- ✓ Donner de la lisibilité au dispositif de soins.
- ✓ Envisager la mise à disposition d'un numéro vert permettant au médecin traitant de recourir à un avis psychiatrique spécialisé.
- ✓ Améliorer l'articulation médecine de ville-secteur du territoire de santé mentale (lettre de liaison, dispositif de soins partagés, réunions de synthèse...) et plus globalement l'articulation des acteurs en situation de repérer la souffrance ou les troubles psychiques (personnels sociaux, enseignants, employeurs...).
- ✓ Mettre en place des consultations avancées du secteur dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé.
- Prendre en charge par des interventions précoces et adaptées la personne en demande de soins, afin de favoriser l'évolution positive de la maladie.
- Développer les dispositifs d'aller vers les personnes les plus vulnérables ou éloignées du système de santé en s'adaptant à la demande ou à la non demande de la personne (notion d'accompagnement bas seuil).
- Mettre en place des dispositifs de soins adaptés pour la transition adolescent-adulte dans chaque établissement autorisé en psychiatrie.
- Croiser les regards pour mieux évaluer le besoin de soins (expertise CMP ou professionnel en charge du suivi + expertise personne et aidants + expertise centre ressource + suivi social).
- Utiliser le nouvel outil que constituent les plateformes territoriales d'appui pour améliorer la pertinence des orientations
- Mettre en place un dispositif d'annonce pour les troubles psychiques graves.
- Tenir compte des comorbidités et des diagnostics secondaires.
- **Mettre en place dans chaque établissement de santé ou établissement et services médico-sociaux une politique visant à limiter l'institutionnalisation.**
 - Développer en priorité les structures et collaborations permettant le maintien dans le milieu le plus proche du milieu ordinaire.
 - ✓ Prioriser le développement des modalités de prise en charge et d'accompagnement ambulatoires.
 - ✓ Favoriser les implantations de psychiatrie dans les établissements MCO de proximité et dans les maisons de santé pluri professionnelles.
 - ✓ Favoriser les structures qui permettent le maintien à domicile qu'elles soient ou non spécialisées (SESSAD ; SSIAD ; SPASAD ; SAMSAH ; SAVS).
 - ✓ Favoriser l'interconnaissance entre acteurs du territoire pour identifier les ressources et relais possibles.
- **Mettre en œuvre, dès l'admission en établissement sanitaire ou médicosocial, une stratégie visant à éviter l'institutionnalisation.**
 - ✓ Etablir un lien fort et dynamique entre chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et les établissements et services médico-sociaux de sa zone d'intervention afin de proposer une intervention in situ et des séjours de répit pour les patients aux besoins les plus complexes.
 - ✓ Anticiper l'ouverture des établissements médico-sociaux à orientation handicap psychique en créant des liens avec le secteur avant l'ouverture de la structure.
 - ✓ Renforcer les établissements et services médico-sociaux qui prennent en charge des personnes présentant un handicap psychique par des compétences psychiatriques en interne ou des échanges croisés.
 - ✓ Utiliser les capacités d'hospitalisation de nuit pour favoriser l'insertion sociale des patients en attente d'hébergement.

Cependant, c'est parce que ces troubles sont pris en charge dans des établissements spécialisés qu'il est possible d'y consacrer des moyens humains. L'enjeu est donc de passer d'un système très institutionnel à des prises en charge plus ouvertes, tout en conservant un bon niveau d'expertise et de ressources médicales.

OBJECTIF 3 : Améliorer la réponse à l'urgence et la crise

30% des personnes hospitalisées pour un trouble mental sévère et 20% de celles hospitalisées pour des troubles plus modérés sont admises par les urgences en région Paca (contre 18% et 15% en France). Si des interventions doivent être faites en amont pour éviter ces situations (par le développement de l'aller vers, d'équipes mobiles d'intervention de crise, de développement d'outils d'anticipation de la crise co-construits avec les personnes), la prise en charge des urgences psychiatriques au sein des urgences générales représente un maillon important dans le parcours de santé des personnes vivant avec un trouble psychique.

Premier contact avec la psychiatrie, de la qualité de cette prise en charge va dépendre l'adhésion aux soins du patient. Parce que «générales» les urgences participent ainsi à la déstigmatisation de la psychiatrie et facilitent l'accès aux soins spécialisés.

Le centre d'accueil permanent (CAP) est un lieu d'accueil, de soins, d'orientation ou d'hospitalisation pour une durée brève des patients en état de crise. Il assure aussi une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques en urgence.

La prise en charge au sein de ces structures permanentes produit un effet préventif – ou facilitateur – des hospitalisations en psychiatrie. Le développement de structures alternatives à l'hospitalisation en situation de crise (type lieu de répit) est également en cours d'expérimentation dans la région.

Le dispositif permanent de réponse aux urgences psychiatriques apporte en Paca une réponse spécialisée à l'interface entre l'établissement MCO dans lequel les structures sont implantées au plus près des urgences générales et l'hôpital autorisé en psychiatrie auquel elles sont rattachées.

- **Adapter l'offre à la demande.**
 - Structurer une réponse permanente et renforcée aux urgences psychiatriques au sein des services d'urgence adultes ou polyvalentes dépassant les 45 000 passages Pour ces structures à forte activité, la médicalisation de la réponse en sus de l'avis de première ligne des infirmiers de psychiatrie est nécessaire intégrant au minimum une intervention en heures ouvrables et le samedi matin et la possibilité du recours à un avis téléphonique expert hors de ces plages.
 - Renforcer la réponse au sein des urgences pédiatriques qui dépassent 35 000 passages.
- **Préciser les missions des structures permanentes de prise en charge des urgences psychiatriques, en intégrant chaque fois que cela est possible :**
 - La mission de permanence et d'appui téléphonique pour le centre 15.
 - La mission de permanence et d'appui téléphonique pour la médecine de ville.
 - La mission d'accueil direct (sans passage par les urgences générales) pour les patients connus du dispositif psychiatrique.
- **Optimiser les conditions d'accueil des personnes avec des troubles psychiatriques au sein des urgences générales et des structures permanentes de prise en charge des urgences psychiatriques.**
 - Améliorer la régulation, les conditions de transport, l'accueil (filiale spécialisée), la bienveillance, aux urgences des patients requérant des soins psychiatriques.
 - Améliorer l'accueil des patients nécessitant des soins psychiatriques au sein de la structure d'accueil des urgences (box pour la prise en charge des patients agités ; bureau de consultations pour les consultations psychiatriques).

- Faciliter l'accès croisé des équipes aux éléments nécessaires des dossiers informatisés du patient, dossiers des équipes des urgences d'une part et des équipes de psychiatrie d'autre part, pour leur permettre de disposer d'une vision globale de la situation de la personne.

OBJECTIF 4 : Faire de l'usager en santé mentale un acteur de son parcours, favorisant le respect de ses droits, de sa liberté et dignité dans les épreuves de vulnérabilité

La question des droits des personnes, sans cesse approfondie depuis la loi dite «Kouchner» de 2002, représente un enjeu majeur pour le parcours en santé mentale. Au-delà de la question cruciale du respect des «droits», la stigmatisation, les restrictions à la liberté d'aller et venir, la question de la place de la personne vivant avec un trouble psychique et de ses aidants sont autant de points de fragilité qui peuvent induire des ruptures de parcours et nuire à la qualité de vie et au rétablissement de la personne.

- Favoriser le rétablissement et renforcer le pouvoir d'agir des personnes

- Favoriser l'accessibilité des personnes à une information lisible et compréhensible sur les dispositifs existants (mise en place d'un observatoire des ressources disponibles sur les territoires) et sur leurs droits
- Développer et faire connaître les outils de gestion de sa maladie co-construits avec les personnes directement concernées par des troubles psychiques : plans de crise, plans d'action de rétablissement et de bien-être, directives anticipées, etc..
- Développer les programmes de psychoéducation à destination des personnes et des familles
- Favoriser la « littératie » en santé mentale: "La littératie en santé, intimement liée à la littératie, représente les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé ; pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en terme de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence" (Sørensen ; 2012) La littératie en santé inclut les capacités des personnes à évaluer et à critiquer les informations liées à la santé ; elle suppose un niveau de connaissance, de compétences personnelles et de confiance en soi qui permette d'agir pour améliorer sa santé personnelle et la santé de sa communauté en changeant ses habitudes de vie et ses conditions de vie (Cultures et Santé ; 2011). L'amélioration de la littératie en santé permet aux personnes d'être fonctionnelles en société et d'y participer.

- Lutter contre la stigmatisation

Les représentations sociales négatives des troubles mentaux, de la psychiatrie, du handicap psychique peuvent retarder la demande d'aide et le recours aux soins, mettre en échec les programmes de prévention, d'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement et isoler les personnes et leurs aidants.

Plusieurs axes sont définis pour lutter contre cette stigmatisation :

- Appliquer le cadre de référence de lutte contre la stigmatisation élaboré en Paca pour guider les actions⁸ :
- Mener des actions sur les représentations en santé mentale dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels qui sont au contact des patients en commençant par les professionnels de santé.

⁸ Lien sur le site internet de l'ARS Paca :

https://www.Paca.ars.sante.fr/system/files/201801/Stigmatisation_cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence_2016.pdf

- Soutenir les actions d'information et de communication qui participent à la déstigmatisation, notamment par le biais des médias et journalistes.
- **Renforcer la place des personnes directement concernées par la maladie et des usagers en tant qu'acteurs de la santé mentale.**
 - Former les usagers à la représentation et participation au sein des institutions et soutenir leur participation.
 - Former les institutions à la prise en compte de la parole des usagers et à la co-construction des décisions, pour une véritable participation des personnes concernées.
 - Impliquer les usagers dans l'évaluation de la qualité de leurs prises en charge.
 - Développer l'action des médiateurs pairs de santé pour s'appuyer sur l'expertise des patients.
 - Déployer les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et leur donner davantage de visibilité pour favoriser l'autonomie des personnes et le soutien entre pairs.
- **Limiter les pratiques portant atteinte aux droits et libertés des personnes.**

Dans le champ de la santé mentale, les restrictions à la liberté d'aller et venir sont nombreuses que ce soit dans les secteurs sanitaire ou médico-social, encadrées ou non par la loi et la réglementation, pour les mesures spécifiques et structures : les soins sans consentement, la mise à l'isolement ; les mesures de contention physique ; les mesures de contention chimique ; les services fermés ; les établissements fermés.

- **Les limitations physiques à la liberté d'aller et venir : les bonnes pratiques fondamentales.**
 - Prendre en compte la personne et son entourage.
 - ✓ Informer la personne sur les restrictions imposées et les modalités de recours.
 - ✓ Recueillir systématiquement le vécu de la personne lors de la levée des mesures de restriction.
 - ✓ Renforcer la place de la personne de confiance et son information.
 - ✓ Permettre le regard des instances représentatives sur les mesures de restriction (CRU ou CDSP).
- **Mettre en place des mesures de prévention de la crise, conformément aux données probantes.**
 - Développer les plans de crise conjoints avec la personne sur les actions à mener en cas de crise.
 - Approche globale de la personne et non pas en fonction des symptômes.
 - Formation des professionnels aux techniques de désescalade.
 - Adaptation des moyens en personnel selon l'intensité du soin à délivrer.
 - L'architecture des établissements et des unités doit intégrer la liberté d'aller et venir, à chaque construction ou rénovation.
- **Sécuriser les pratiques**
 - Par un regard croisé intra ou extra établissement pour interroger les pratiques, en particulier toute mesure d'isolement qui persiste au-delà d'une certaine durée.
 - Par une cartographie et une analyse de risque sur les pratiques de restriction des libertés au niveau des établissements.
 - Par l'objectivation des pratiques via un recueil d'informations et une diffusion des connaissances permettant une analyse à chaque niveau (région/département/établissement).
 - Par une architecture et des conditions matérielles des chambres d'isolement.
- **Confirmer l'exception que doivent constituer les soins sans consentement par rapport au principe du consentement aux soins**

- Privilégier les mesures qui permettent d'éviter le recours à la contrainte aux soins (en intégrant la personne dans sa prise en charge, en intervenant à domicile pour prévenir les situations de crise, en favorisant la continuité des soins pour les personnes à besoin de soins élevés, en menant un accompagnement social en particulier pour l'accès au logement).
- Améliorer les premières étapes du parcours.
- Encourager l'autogestion de sa maladie par la personne et ses proches
- **Mener une réflexion de fond sur l'évolution des soins sans consentement (SSC)**
 - Mettre en place un observatoire des SSC pour réfléchir à l'évolution des SSC et aux disparités qui existent entre régions, infrarégionales, infra départementales ou entre établissements.
 - Mener une analyse sur ces données - recherche action, commission départementale des soins psychiatriques, pluridisciplinaire et les mettre ces données à disposition de tous.
- **Améliorer la formation et l'information de tous les acteurs sur la réglementation relative aux SSC tout le long de la chaîne**
 - Au sein des établissements de santé et également pour les professionnels sanitaires et sociaux et les institutions. En prenant appui sur un guide relatif aux SSC et en privilégiant une approche territoriale pour partager l'information sur les évolutions locales.

OBJECTIF 5 : Agir dès le plus jeune âge, par des interventions spécifiques renforcées de la périnatalité à l'adolescence

Selon plusieurs études (OMS 2010 ; Unicef 2011 ; Burns et Al. 2007 ; Leitch, 2007), la moitié des troubles mentaux commencent avant l'âge de 14 ans, et 70 à 80% avant l'âge de 25 ans. L'intervention au plus jeune âge est un enjeu majeur de la politique de santé mentale régionale

Cet objectif se décline en 3 sous-objectifs selon les périodes de la vie :

- Santé mentale et périnatalité

Le terme «périnatalité» couvre pour ce thème l'ensemble des événements qui surviennent pendant la grossesse, lors de l'accouchement et la période néonatale, jusqu'aux modalités d'interventions précoces chez l'enfant de moins de trois ans.

- Développer les compétences des parents au travers de programmes structurés.
- ✓ Privilégier les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité (précoces, inscrites dans la durée, effectuées par des pairs, collectives, et via des acteurs relais).
- ✓ Coordonner les interventions de l'ARS avec celles des autres acteurs des politiques publiques (participation de l'ARS au schéma des services aux familles).
- ✓ Cibler les interventions sur les publics vulnérables et les territoires socialement défavorisés.
- Prendre en compte la dimension psychosociale autour de la naissance pour dépister et traiter précocement.
- ✓ Poursuivre le déploiement des staffs médico-psycho-sociaux dans les maternités de Paca et consolider les liens pluri-institutionnels pour fédérer les acteurs.
- ✓ Approfondir le dispositif en intégrant les professionnels de ville ; les centres périnataux de proximité, la psychiatrie générale et infanto-juvénile, la pédiatrie.
- ✓ Favoriser la reprise systématique des cas complexes pour fluidifier les échanges et améliorer les pratiques.

- ✓ Organiser le recours à une expertise spécialisée avec réunion de concertation pluridisciplinaire pour les cas complexes de femmes sous psychotropes (souhait de grossesse ou grossesse en cours).
- ✓ Faire connaître le dispositif mis en place dans la région par un site internet, par des actions spécifiques et en s'appuyant sur les réseaux sociaux.
- Organiser les prises en charge les plus adaptées à la naissance.
- ✓ Mettre en place une prise en charge de proximité et favorable à la continuité des soins.
- ✓ Structurer la prise en charge des troubles psychiques dans le cadre d'une gradation des soins.
 - Niveau 1 : Repérage et orientation vers le soin spécialisé.
 - Niveau 2 : Prise en charge spécialisée au sein de la zone d'intervention de chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie par une intervention en ambulatoire sur le lieu de vie de la famille.
 - Niveau 3 : Recours régional avec l'objectif de déployer la palette complète de soins : hospitalisation-à temps partiel ; de semaine ou à temps plein et accueil familial thérapeutique de la mère et de l'enfant.
- ✓ Assurer le suivi et l'évaluation du développement de l'enfant par un pédiatre parallèlement à la prise en charge de sa mère.
- Accompagner précocement les enfants présentant un déficit ou un handicap.
- ✓ Privilégier une prise en charge globale et coordonnée en Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ; dynamiser leurs files actives en les recentrant sur leur cœur de cible (0-6 ans) ; en réorientant les troubles modérés ; et en fluidifiant le parcours d'aval vers les instituts médico-éducatifs (IME) ; les centres médico-psychologiques (CMP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et hôpitaux de jour.
- ✓ Construire cette prise en charge avec la même exigence de qualité que celle des enfants porteurs de troubles du spectre autistique (TSA) par la mise en œuvre de quatre axes d'action : dépistage / diagnostic / interventions précoces / réponse adaptée aux besoins pour l'enfant et sa famille.

- Santé mentale au cours de l'enfance

Comme l'ensemble du territoire national, la région Paca est confrontée à une forte demande pour la prise en charge des troubles psychiques chez l'enfant, ne serait-ce qu'en raison des données de prévalence des troubles du spectre autistique (1 enfant sur 150 concerné). Dans le même temps, la pédopsychiatrie fait face à des difficultés structurelles majeures soulignées par différents rapports parus en 2017.

Sur le plan de la prise en charge des enfants, l'offre actuellement disponible est essentiellement concentrée sur les CMP et l'hospitalisation de jour dans le secteur sanitaire, les CMPP, IME et SESSAD et scolarité adaptée dans le secteur médico-social.

- Améliorer l'organisation de la prise en charge en :
 - ✓ Prenant en compte les besoins pour tous types de troubles (troubles spécifiques des apprentissages ; troubles de la communication ; TDA-H...).
 - Promouvant le respect des recommandations de bonne pratique HAS/ANESM.
 - Améliorant la lisibilité de l'offre disponible.
 - Articulant les actions sanitaires ; médico-sociales ; éducatives et de l'Education nationale et coordonner l'intervention d'une pluralité de professionnels et de services.

La prise en charge du TSA – trouble du spectre autistique - doit décliner au niveau régional les grands axes tracés par les plans autisme :

- Repérage et diagnostic précoce.
- Prise en charge précoce et intensive.
- En adaptant l'offre de soins aux besoins de soins individualisés de l'enfant (programme personnalisé d'intervention) et en intégrant la famille dans la prise en charge.

- Santé mentale et adolescence

Le vocable adolescent s'entend pour les mineurs âgés de 12 à 17 ans inclus. Ces bornes sont là pour rappeler que la prise en charge en pédopsychiatrie est plus adaptée que la prise en charge en psychiatrie générale jusqu'à la majorité civile. Lors des situations de crise nécessitant une hospitalisation, une prise en charge contenante et adaptée repose sur trois facteurs déterminants : la dotation en personnel ; leur formation et l'architecture des locaux.

L'objectif est d'assurer une prise en charge optimale et d'éviter les ruptures de parcours aux âges frontières.

- **Faciliter l'accès aux soins le plus précoce possible.**
 - ✓ Soutenir et déployer les Maisons des adolescents (MDA).
 - Renforcer la dynamique partenariale, notamment avec la psychiatrie générale (accueil des adolescents de parents présentant un trouble psychique grave ou orientation des parents dont les adolescents signalent les difficultés).
 - Réaliser le maillage du territoire d'intervention de chaque MDA (antennes et permanences).
 - Spécialiser chaque MDA sur une thématique (une « niche ») pour qu'un savoir-faire spécifique puisse profiter à tous.
 - Renforcer les démarches d'accompagnement à l'insertion scolaire et professionnelle (lien avec les missions locales).
 - ✓ Traiter en priorité la question de l'accès aux structures ambulatoires CMP – CMPP – SESSAD, difficulté prégnante pour la région, en articulant CMP et CMPP, en adaptant les horaires d'ouverture des structures au mode de vie des adolescents, en mettant en place une organisation qui permette de répondre aux demandes urgentes.
 - ✓ Comblent le déficit dans la gradation des soins sur l'offre à temps partiel.
 - En étoffant l'offre d'hospitalisation de jour afin d'éviter au maximum l'hospitalisation temps plein et en développant l'hospitalisation de nuit pour combiner soins et scolarisation.
 - En veillant à ce que toute unité temps plein dispose d'une offre à temps partiel de jour.
 - ✓ Améliorer l'accès au secteur médico-social en développant le fonctionnement en dispositif des IME/ITEP ce qui accroît leur flexibilité et en réduisant les disparités territoriales (les délais d'accès sont variables selon les départements).
 - ✓ Développer l'aller vers en créant des équipes mobiles qui peuvent intervenir dans le secteur médico-social et social et à domicile.
 - ✓ Revivifier et accompagner le dispositif des familles d'accueil pour disposer d'une palette de réponses thérapeutiques complète en veillant à la formation des familles et à leur accompagnement par les acteurs du soin.
- **Améliorer la prise en charge en hospitalisation temps plein des adolescents.**
 - ✓ Prévenir l'orientation vers l'hospitalisation d'adolescents pour lesquels cette prise en charge n'est pas adaptée.

- Pour les adolescents qui décompensent sur un état déficitaire ou un trouble envahissant du développement.
- Pour les adolescents placés qui présentent des troubles socioéducatifs.
- Privilégier la création d'un petit nombre de lits d'urgence dans un IME (2 lits pour les départements les plus importants) et organiser l'appui d'une équipe mobile de l'intersecteur de pédopsychiatrie.
- Appuyer les structures ESMS par l'intervention d'équipes mobiles et former les personnels de ces structures.
- ✓ Améliorer la prise en charge aux urgences et en pédiatrie.
 - Renforcer les équipes de liaison.
 - Inscrire dans les projets d'établissement le lien pédiatrie et pédopsychiatrie.
 - Mener, lors de toute restructuration architecturale des services de pédiatrie, une réflexion sur l'accueil des adolescents.
- ✓ Privilégier une prise en charge des adolescents en pédopsychiatrie plutôt qu'en psychiatrie générale, surtout pour les adolescents en crise.
 - Création d'unités dédiées et de lits dédiés au sein d'unités spécialisées.
 - Création de lits fléchés au sein des structures permanentes d'accueil des urgences psychiatriques (CAP).
- **Articuler la pédopsychiatrie avec les autres disciplines médicales.**
 - ✓ Avec la psychiatrie générale et inscrire cette articulation dans chaque projet d'établissement autorisé en psychiatrie pour :
 - L'accompagnement des enfants dont l'un des parents a un trouble psychique grave.
 - Le relais de prise en charge de l'adolescence vers l'âge adulte.
 - Les pathologies comme les troubles du comportement alimentaires TCA.
 - ✓ Avec la médecine générale et la pédiatrie.
 - Par la formation des médecins de premier recours.
 - En donnant de la lisibilité au dispositif de soins.
 - En informant le médecin traitant de façon systématique sur la prise en charge proposée aux adolescents.
 - ✓ Avec l'addictologie et proposer une prise en charge conjointe, articulée et doublement spécialisée.
- **Favoriser la place des thérapies non médicamenteuses.**

Face à la disparité des pratiques, au non-respect parfois de bonnes pratiques de prescription et le cas échéant à l'initiation fréquente de psychotropes par les médecins de premier recours, il importe de renforcer la formation avec un dispositif adossé aux deux CHU, de promouvoir des prescriptions médicamenteuses de qualité et de développer les alternatives non médicamenteuses.

- **Améliorer la coordination du parcours de vie.**
 - ✓ Favoriser le maintien ou la reprise de la scolarité dans le cadre du droit commun chaque fois que cela est possible pour favoriser le rétablissement.
 - ✓ Développer des prises en charge conjointes, partagées et pas seulement coordonnées.
 - ✓ Préparer et accompagner collectivement/en transversalité le passage à l'âge adulte.
 - ✓ Utiliser les outils à disposition : la télémédecine ; les réunions de concertation pluridisciplinaires ; les approches territoriales (Territoire de santé mentale – Conseil local de santé mentale ...).

- **Améliorer l'information sur l'offre de prise en charge disponible par la mise à disposition d'un répertoire territorial des ressources.**
- ✓ Outil d'information et d'orientation avec l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et sociales de la région en santé mentale à double entrée : une pour les personnes vivant avec un trouble psychique et leurs familles et une pour les professionnels.
- ✓ Outil interactif avec mise à jour des données au fil de l'eau et géolocalisation.

OBJECTIF 6 : Améliorer la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique.

Les personnes vivant avec un trouble psychique rencontrent des difficultés d'accès aux soins somatiques, quel que soit le niveau de recours. Les efforts devront porter vers :

- une meilleure prise en charge somatique : liens avec le médecin traitant (15% des personnes avec troubles sévères n'ont pas de médecin traitant), relations avec les services hospitaliers, organisation de consultations de médecine générale et de spécialités dans les établissements psychiatriques, amélioration de la qualité des prescriptions médicamenteuses
- des actions préventives spécifiques et l'accès aux activités courantes (activité physique dans programmes d'éducation thérapeutique).

OBJECTIF 7 : Adapter le système de santé mentale au vieillissement de la population.

Selon l'OMS (2016), plus de 20% des adultes de 60 ans et plus dans le monde souffrent d'un problème de santé mentale ou neurologique et 6,6% des incapacités chez les plus de 60 ans sont attribuées à des troubles psychiques ou neurologiques. Les troubles les plus courants sont la démence (maladies neurodégénératives, Alzheimer et apparentés) et la dépression. Les troubles anxieux touchent 3,8% de la population âgée et environ un quart des suicides concernent des personnes âgées de 60 ans ou plus. Selon les analyses épidémiologiques, près de 90% de suicides de personnes âgées sont en lien avec un trouble psychiatrique (ANESM). Les symptômes de dépression chez le sujet âgé sont souvent négligés et non traités car ils coïncident avec d'autres problèmes liés à l'avancée en âge.

Plusieurs groupes de population sont concernés : les personnes âgées de plus de 65 ans de la région Paca qui présentent une pathologie psychiatrique de novo avec une attention particulière aux pathologies dépressives et aux tentatives de suicide ; celles qui présentaient un trouble psychique grave et qui vieillissent avec et celles qui présentent des troubles du comportement en rapport avec une pathologie neurodégénérative ou une pathologie somatique et pour lesquelles un avis spécialisé est requis.

- **Mettre en place une filière intégrée de prise en charge pour chaque territoire de santé mentale de Paca.**

Une filière intégrée devrait comprendre :

- Une unité de psychiatrie de court séjour aux visées d'évaluation, d'instauration d'un programme de soins et d'équilibration des traitements (séjours de rupture) dotée d'une équipe pluridisciplinaire.
- Un hôpital de jour de psychiatrie spécialisé dans la prise en charge du sujet âgé, en lien avec les services et les hôpitaux de jour de gériatrie.
- Une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé intervenant dans les EHPAD et/ou à domicile au plus près du lieu de vie du patient.
- Un dispositif d'articulation entre les différents intervenants.

Dans un second temps, sur la base de cet équipement socle, il s'agira de renforcer le maillage du territoire avec des équipes mobiles de santé mentale, articulées avec les filières gériatriques.

OBJECTIF 8 : Prévenir le suicide

Priorité de santé publique en France depuis la fin des années 1990, la lutte contre le suicide relève d'une politique de prévention active et plurisectorielle. Une approche globale de la question amène à prendre en compte le suicide mais aussi les tentatives de suicide (TS), les idées suicidaires et l'impact des suicides et TS sur l'entourage. Les données pour la région Paca montrent un taux de suicide standardisé de 15,3 pour 100 000 habitants, inférieur en 2012 (source CapiDc) à la moyenne nationale de 8% avec des disparités territoriales importantes⁹. La dépression est la première cause de suicide : près de 70% des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée.

Dans le cadre de la déclinaison des orientations nationales sur la stratégie de prévention du suicide, plusieurs axes d'action peuvent être tracés.

- **Documenter et étudier les disparités territoriales en Paca pour cibler les actions efficaces.**
 - **Poursuivre la formation des professionnels de première ligne, y compris les médecins généralistes au repérage de la crise suicidaire.**
 - ✓ Poursuivre l'organisation de journées de rencontre des formateurs aux fins d'analyse des besoins et perspectives.
 - ✓ Développer et structurer les partenariats existants (CLSM ; MDA...) pour favoriser le maillage territorial.
 - ✓ Mettre en place les actions de formation en proximité pour faciliter le dépistage et la transversalité (formation d'acteurs venant de plusieurs horizons dans un même temps) et porter une attention particulière à la formation des travailleurs sociaux.
 - ✓ Mener des politiques systémiques, répétées et ciblées (en fonction des données épidémiologiques).
 - ✓ Mettre en place un dispositif spécifique pour les médecins généralistes de type e-learning afin de mettre à disposition des fiches de bonne pratique, des outils d'aide au repérage et le répertoire des ressources nécessaires pour orienter les patients.
 - **Accompagner de manière spécifique les personnes à risque**

Prendre appui sur le savoir-faire développé par le dispositif de recontact des adolescents ayant fait une tentative de suicide «ASMA» pour étendre sa couverture au sein des Bouches-du-Rhône et prendre en compte les résultats de l'évaluation du dispositif Vigilans en cours au niveau national.

- ✓ Essaimer ces expériences positives dans les autres territoires de Paca et s'appuyer sur le réseau des MDA et partenaires locaux pour assurer un suivi des suicidants dans les zones non couvertes par ASMA ou en complément.
- ✓ Développer un dispositif de suivi équivalent chez les personnes adultes.
- **Améliorer les actions de post-prévention.**
 - ✓ En proposant une consultation à l'entourage de la personne qui est passée à l'acte (famille, professionnels, codétenus) par une psychologue.

⁹ Le Var et les Alpes de Haute Provence sont les départements où la mortalité est la plus importante. Ces données pour les tentatives de suicide montrent, en 2013, des taux standardisés similaires aux taux nationaux (source ATIH) avec, ici aussi des disparités importantes : les Alpes-Maritimes et le Var sont les deux départements les plus concernés.

- ✓ En développant les groupes de parole au sein des associations.
- ✓ En mettant en place dans le milieu professionnel un débriefing systématique.
- ✓ En développant la professionnalisation de ces interventions et la supervision des intervenants par des professionnels (psychologue ou psychiatre).

RÉSULTATS ATTENDUS

- Les acteurs des différents champs se connaissent, collaborent et ont mis en place des réponses concrètes pour adapter les réponses aux besoins des personnes.
- Augmentation des médiateurs pairs de santé et des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans la région.
- La population générale, comme les professionnels, ont une meilleure connaissance des maladies mentales, ce qui favorise le repérage et l'accès aux soins précoce et l'inclusion sociale des personnes.
- Les usagers des services de santé mentale participent à la co-construction des politiques, interventions, organisations les concernant.
- Le délai d'attente pour une première consultation et pour une prise en charge est réduit et un dispositif de réponse aux demandes urgentes sur le territoire de santé mentale est proposé.
- Les personnes suivies pour un trouble psychique ont accès à des soins somatiques, des actions de prévention et de dépistage.
- Les personnes vivant avec un trouble psychique, ainsi que leurs proches, sont mieux informés et outillés pour gérer leur maladie, leur traitement et leurs droits.
- Le nombre d'adolescents hospitalisés pour troubles psychiques en psychiatrie générale a diminué.
- Les personnes de plus de 65 ans souffrant de troubles psychiques ont accès à une offre spécialisée en psychiatrie au domicile comme en institution.
- L'espérance de vie des personnes vivant avec un trouble psychique a augmenté.

2.7 PARCOURS PETITE ENFANCE, ENFANTS, ADOLESCENTS, JEUNES

CONTEXTE

Une proportion importante de la population

Les publics concernés par ce parcours sont les enfants et les jeunes de 0 à 25 ans, catégorisés en 4 classes d'âge (petite enfance 0-6 ans, 6/10 ans, 11/15 ans et 16/25 ans), les parents (et les personnes assumant la fonction parentale), qui sont indissociables de l'enfant de sa conception jusqu'à, au moins, l'adolescence, et les professionnels au contact de ce public (santé, social, médico-social, modes de garde, éducation, insertion professionnelle, loisirs...).

Ce parcours concerne donc une population très importante, 28,44 % de la population totale en Paca, soit environ 1 500 000 enfants, adolescents, jeunes de moins de 25 ans. La projection d'évolution est relativement constante d'ici 2026.

D'importantes disparités infrarégionales

Ce public est surreprésenté dans les départements des Bouches-du-Rhône et Vaucluse : 30% à 33% de la population totale.

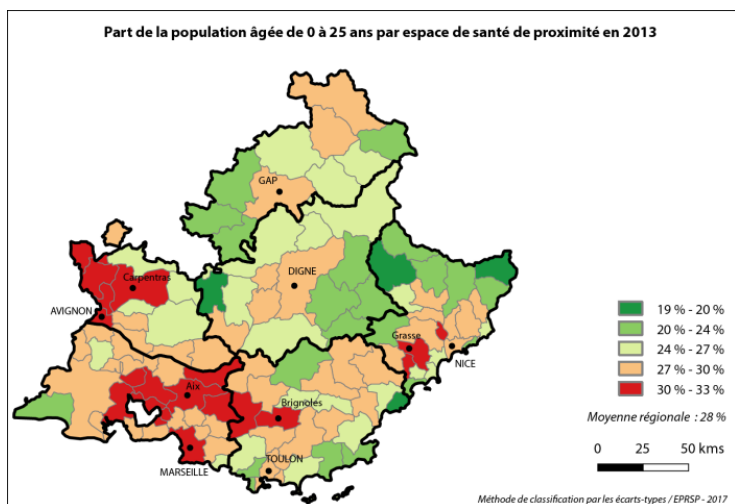
Une région riche, avec de nombreuses inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)¹⁰

Sur les 1 500 000 enfants, adolescents, et jeunes de moins de 25 ans près de 900 000 vivent dans des territoires identifiés en situation de désavantage social (classes 4 et 5 IDS)¹¹. Le taux de pauvreté en Paca est jugé par l'Insee nettement supérieur à celui de la France métropolitaine et ce sont les départements des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse qui sont les plus touchés, quelle que soit la tranche d'âge. De plus, les jeunes sont les plus touchés: 17,3 % des moins de 30 ans, contre 14,5 % en France métropolitaine.

Des indicateurs de santé spécifiques

- ▬ **Obésité**
 En région Paca, augmentation de 67,1% entre 1997 et 2012 du taux de prévalence de l'obésité (en 1997 le taux de prévalence était de 7,9%, il est passé à 12,4% en 2012). En 2016 le taux de prévalence de l'obésité dans les Bouches-du-Rhône s'élevait à 17%.

- ▬ **Les troubles «DYS», les troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages sont fréquents.** Les études ont démontré que 4 à 5% des élèves d'une classe d'âge sont dyslexiques, 3% sont dyspraxiques et 2% sont dysphasiques. Ces troubles ont des répercussions sur le développement de ces enfants.



¹⁰ De manière générale, les disparités de santé ne se résument pas à une opposition pauvre-non pauvre mais forment un gradient social de santé. L'état de santé varie tout au long de la hiérarchie sociale

¹¹ Source ARS/ORS Sirsé Paca – IDS indice de désavantage social

- La part des enfants non vaccinés (Rougeole-Oreillons-Rubéole) en 2011, à l'âge de 24 mois : 85.9% des enfants en Paca ont reçu une seule dose de vaccin ROR contre 89.4% en France entière. 64.4% ont reçu les deux doses recommandées contre 67.2%. En 2015, cette couverture vaccinale reste inférieure aux moyennes nationales.
- Les conduites addictives : selon les résultats 2014 de l'enquête Escapad auprès des jeunes de 17 ans, la région présente des niveaux d'expérimentation de produits cannabiques à 50% contre 47,8% France métropolitaine.
- Une épidémie VIH active en Paca, deuxième région la plus touchée après l'Île-de-France. La région concentre près de 6% des nouvelles contaminations chaque année (plus de 6000 cas recensés en France entière en 2016) et le nombre de nouvelles infections est en augmentation dans la région alors qu'il est stable en Île-de-France.
- Le taux de recours à l'IVG le plus élevé en France métropolitaine : la tendance générale en Paca est à la baisse depuis cinq ans mais, en 2016, la région a toujours le taux de recours le plus important : 20,5‰ femmes en âge de procréer 15 à 49 ans contre 13,2 ‰ en France métropolitaine (source DGS) avec un recours plus fréquent entre 20 et 25 ans (42,6‰). Le taux de recours chez les mineures

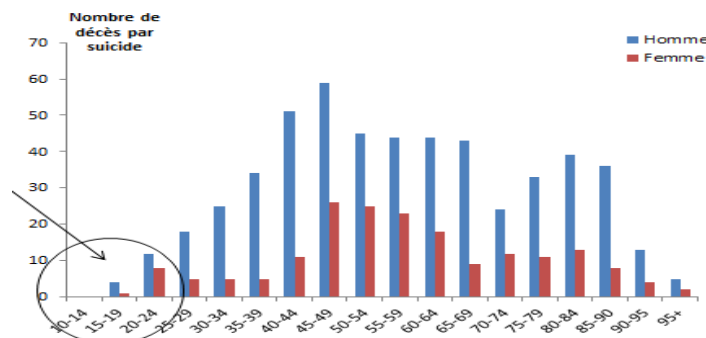
est également supérieur à la moyenne nationale (10,6 ‰ vs 7,6‰ taux 2015).

- La prise en charge de l'enfant malade. En France en 2015 : 10,1 millions d'affections longue durée (ALD) dont 464 000 ALD pédiatriques. (Régime général de la sécurité sociale). Incidence des maladies chroniques pédiatriques en Paca de mai 2016 à avril 2017 : environ 54 000.

- Mortalité des jeunes. En moyenne, 569 jeunes âgés de 15-34 ans décèdent chaque année en Paca sur la période 2009-2013. La mortalité des jeunes est en baisse continue depuis 10 ans dans la région, comme en France. Les décès des 15-34 ans sont marqués par la prédominance des morts violentes telles que les accidents de la route (122 décès en moyenne chaque année) et les suicides (91 décès en moyenne chaque année) sur la période 2009-2013.

Prévalence du suicide

Répartition du nombre de décès par suicide en 2012 chez des personnes résidant en région Paca selon le sexe et l'âge. (Extrait de l'étude préliminaire sur l'analyse des suicides, les hospitalisations par suicide et les tentatives de suicide 2016 - Cire Paca - Santé publique France). Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (28 pour 10 000).



Source : Observatoire national du suicide - 2e rapport / février 2016

Identification des problématiques potentielles liées à des facteurs de risques de ruptures

Peuvent entraîner une fragilité physique ou psychologique :

- **les passages d'âges clés dans le parcours de vie** : le développement de l'enfant, la puberté, l'adolescence, ainsi que les étapes de scolarisation, les études universitaires, l'insertion professionnelle et les étapes liées à l'autonomie du jeune ;
- **les relations «malaisées» de l'enfant avec ses milieux de vie familial, social, éducatif, environnemental ou territorial** ; Les déterminants sociaux peuvent avoir une influence toute particulière sur l'état de santé futur en

cas d'expositions précoces à certains facteurs sociaux délétères durant la période foetale ou l'enfance. Les maladies de l'adulte y trouvent en effet une part de leurs origines ;

- **l'absence de parcours de la prévention aux soins** peut avoir pour conséquence une réponse inadaptée, minimale, ou non graduée comme problématique potentielle ; Le suivi pédiatrique régulier prévu aux âges clés du développement de l'enfant est indispensable pour dépister des troubles potentiels. Le parcours de santé est essentiel avec des étapes lisibles et fluides (repérage, dépistage, diagnostic, prise en charge, sortie ou retour dans le soin).

ENJEUX

Quels que soient l'âge ou la thématique concernée, les enjeux sont de permettre que chaque enfant puisse bénéficier dans un *continuum* de santé et de bien-être, de facteurs de protection, d'éducation à la santé, de surveillance pédiatrique, de prise en charge médico-sociale, médicale spécialisée ou complexe.

La promotion de la santé, la prévention, la protection des environnements, l'éducation à la santé, ainsi que le développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge sont au cœur de la stratégie de santé publique. Enfin, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé reste un enjeu transversal prépondérant, pour réduire dès le plus jeune âge l'exposition à des stress chroniques ayant un impact démontré tant au niveau psychologique que physiologique¹². Par conséquent une attention particulière sera portée sur les populations les plus vulnérables.

AUGMENTER LES CHANCES D'AVOIR UN ADULTE EN CAPACITÉ D'EXPRIMER TOUTES SES POTENTIALITÉS Y COMPRIS S'IL EST PORTEUR D'UNE MALADIE, D'UN HANDICAP, OU AYANT UN PARCOURS DE VIE IMPACTÉ PAR DES EVENEMENTS SOCIAUX DEFAVORABLES.

Pour répondre à cet enjeu, des objectifs sont déclinés dans ce parcours selon trois axes :

- l'action sur les politiques publiques de santé ;
- l'action sur la coordination des parcours de santé ;
- des actions sur des thématiques ou pour des publics spécifiques.

¹² La santé en action – revue de Santé Publique France – N° 437, septembre 2016, page 11

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Agir sur les déterminants de santé et améliorer la connaissance de l'état de santé des enfants et jeunes tout au long du parcours.

OBJECTIF 2 : Construire un parcours de santé global dédié à l'enfant et à l'adolescent.

OBJECTIF 3 : Agir sur des thématiques et publics prioritaires (nutrition; souffrance psychique; conduites addictives ; santé sexuelle ; enfants et jeunes en difficultés spécifiques).

OBJECTIF 1 : Agir sur les déterminants de santé et améliorer la connaissance de l'état de santé des enfants et jeunes tout au long du parcours.

- Agir sur les déterminants de la santé dans une démarche intersectorielle.

Un environnement favorable pour l'enfant influe sur sa santé globale et, plus tard, sur sa santé d'adulte. A contrario, l'adversité à laquelle l'enfant fait face est un facteur potentiel d'altération de santé à l'âge adulte. Les déterminants sociaux ont un impact sur la santé future.¹³

- Définir des modalités de collaboration partagées avec les acteurs chargés de la santé et plus particulièrement auprès des enfants et des jeunes, dans une démarche intersectorielle : l'éducation, la formation, l'insertion professionnelle, l'emploi, la justice, le logement, l'environnement, le social, les collectivités territoriales, la politique de la ville, l'urbanisme, l'agriculture urbaine.
- ✓ Favoriser le partage d'une culture commune.
- ✓ Proposer un travail commun en mode projet pour ancrer un principe de transversalité entre les institutions.
- ✓ Organiser le partage d'expériences efficaces ou innovantes.
- ✓ Mener une démarche d'évaluation adaptée des expériences.
- Poursuivre et consolider les relations partenariales déjà engagées avec les institutions et/ou mettre en œuvre les conventions déjà signées.
- Engager de nouveaux partenariats
- Transférer les méthodologies de démarche intersectorielle déjà mises en place localement.
- Poursuivre le plaidoyer sur les déterminants de santé.

- Améliorer la connaissance de l'état de santé des enfants et des jeunes.

L'action en santé auprès des enfants fait appel à une multitude d'acteurs institutionnels (dont les conseils départementaux via les services de PMI, l'éducation nationale et les professionnels libéraux) et de dispositifs «réglementaires». Cependant, cette action apparaît très fragmentée pour deux raisons : chaque institution garde une autonomie d'action sur le périmètre «géographique et/ou sectoriel» dont elle a la charge et techniquement, il n'existe pas d'échange d'information structuré pour faciliter le dialogue et la coordination entre institutions et dispositifs réglementaires leur permettant de dialoguer et de se coordonner.

¹³ La santé en action - Septembre 2016 / Numéro 437 – Dossier « Accompagner le développement du jeune enfant »

Le déficit de connaissance sur l'état de santé des enfants pénalise les décisions des acteurs impliqués dans la santé des enfants : choix des investissements pertinents, adéquation de l'offre au besoin, évaluation de l'impact des actions sur la santé des enfants. Pour remédier à ce déficit, il est proposé de :

- Construire un socle de connaissance commun en partageant les données rassemblées par tous les acteurs (ARS, PMI, Réseaux, Education Nationale, professionnels de santé, Assurance Maladie etc.).
- Répondre à des questions de dimensionnement, quantifier/qualifier précisément par exemple les investissements à programmer (places, formations, ressources humaines).
- Quantifier dans le temps et l'espace l'impact des politiques menées (évolution de déterminants clés pour la santé, tels que le taux d'obésité ou bien la couverture vaccinale) et proposer des inflexions de ces politiques (choix des investissements pertinents, adéquation de l'offre au besoin, évaluation de l'impact des actions sur la santé des enfants).
- S'assurer que les problèmes de santé détectés chez un enfant soient suivis d'un contact effectif avec le système de prise en charge et que la pratique de prise en charge soit adaptée à son besoin.

OBJECTIF 2 : Construire un parcours de santé global dédié à l'enfant et à l'adolescent

- **Permettre à tous les enfants de bénéficier de facteurs de protection et de connaissances en santé**

La notion de facteurs de protection est ici évoquée en raison de la vulnérabilité particulière des enfants, pendant la grossesse et tout au long de leur développement :

- Facteurs socio-environnementaux : stress prématuré en raison de situations sociales, répercussion sur les maladies chroniques à l'âge adulte.¹⁴
- Nutrition : allaitement, alimentation équilibrée et activité physique.
- Exposition aux toxiques environnementaux : air intérieur, air extérieur, perturbateurs endocriniens...

L'éducation à la santé a pour objectif l'acquisition de connaissances et de compétences en santé.

Les compétences psychosociales¹⁵ influencent le comportement et les décisions d'un individu. Elles sont regroupées en trois catégories : compétences personnelles cognitives, compétences émotionnelles et compétences relationnelles. L'acquisition des compétences psychosociales dès le plus jeune âge représente un déterminant majeur des comportements favorables à la santé adoptés dans le parcours de vie, avec une influence démontrée sur la souffrance psychologique, la santé sexuelle, les addictions.

¹⁴ Source : La santé en action, septembre 2016 n°137

¹⁵ L'OMS (Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies, Life skills education in schools, 1993), définit les compétences psychosociales (CPS) comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne.

- **Favoriser, chez l'enfant et les parents, l'acquisition de connaissances et compétences qui lui permettront d'adopter des comportements favorables à sa santé et à celle des autres**

- ✓ Mettre en place dès l'école maternelle des actions pour un environnement favorable à la santé : hygiène, rythme de vie, sommeil, jeux et usages des écrans, développement du langage.
- ✓ Intégrer l'éducation à la santé aux programmes scolaires : conduite à tenir en cas d'accident, éducation à la relation et à la gestion des conflits
- ✓ Favoriser chez les parents et chez les personnes relais des habitudes de vie favorables à la santé par : l'information sur les risques d'expositions de la femme enceinte et du jeune enfant aux polluants dans l'habitat et au travail (air intérieur, produits ménagers, produits cosmétiques, jouets, alimentation ...), la formation des professionnels relais pour délivrer les messages de prévention primaire et universelle d'éducation à la santé, le soutien aux programmes développant les comportements favorables à la santé notamment pendant la grossesse, la sensibilisation à la vaccination des enfants, l'identification et l'action sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés pour les enfants (saturnisme infantile, asthme...).

- **Favoriser le développement dès le plus jeune âge de compétences psychosociales.**

Le développement des compétences psychosociales constitue un socle généraliste indispensable aussi bien en matière de santé et de cohésion sociale qu'en ce qui concerne la réussite scolaire ¹⁶. En privilégiant des interventions dans les établissements scolaires prioritaires c'est également un choix stratégique dans le cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

- ✓ Soutenir la mise en œuvre de programmes de développement et de renforcement des compétences psychosociales des enfants.
- ✓ Soutenir la mise en œuvre de programmes de développement et de renforcement des compétences parentales (être un futur parent, projet parental, grossesse, développement de l'enfant, soutien des fonctions parentales selon les âges de l'enfant...).

- **Poursuivre le partenariat avec l'Education Nationale.**

Définir un programme régional d'actions de prévention et promotion de la santé élaboré dans le cadre de la convention ARS Paca/Education Nationale, en lien avec le parcours éducatif en santé.

- **Prévenir et détecter les maltraitances et les violences subies.**

Assister à des scènes de violences commises au sein du couple entraîne des effets sur la santé des enfants : énurésie, encoprésie, anxiété, syndrome de stress post-traumatique et des conséquences sur leur développement. Par ailleurs, l'isolement auquel le secret familial oblige et l'absence d'apprentissage des modalités relationnelles autres que la violence surexposent l'enfant à l'effet désocialisant de la violence, augmentant le risque de reproduction des comportements violents. Or, 143 000 enfants vivent dans un foyer dont la mère a déclaré être victime de violences de la part de son conjoint ou ex-conjoint et 42 % de ces enfants ont moins de 6 ans¹⁷.

¹⁶ Fortin J. Sante publique et développement des compétences psychosociales à l'école mis en ligne le 1er février 2012. Consulté le 1er juin 2015 <http://www.ecolechangerdecap.net/spip.php?article92>

¹⁷ 5^{ème} plan national de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017/2019

- **Informier et sensibiliser les professionnels relais au repérage précoce des enfants exposés aux violences.**

Redéfinir le parcours de soins de l'enfant, plus particulièrement pour les enfants atteints de maladie chronique

La spécificité de la prise en charge des enfants porteurs de pathologies chroniques

En pédiatrie, le poids des maladies chroniques est important. En France en 2015 selon les chiffres du régime général de la sécurité sociale sur les 10,1 millions d'ALD, 464 000 concernaient les enfants.

En Paca, l'incidence des maladies chroniques pédiatriques de mai 2016 à avril 2017 est d'environ 54 000 cas.

Les pathologies les plus fréquentes sont majoritairement les affections psychiatriques de longue durée (incluant les retards mentaux), ensuite les affections neurologiques et musculaires, enfin les cardiopathies et les troubles du rythme, le diabète et l'insuffisance respiratoire grave.

Population pédiatrique en 2016 : 16 millions en France pour 1,14 millions en Paca.

Démographie des pédiatres en 2016 : 7 735 en France pour 696 en Paca.

L'objectif est double : avant tout il convient d'améliorer le repérage des maladies chroniques de l'enfant pour diminuer le délai de prise en charge. Pour cela, il faut **tenir compte de la spécificité** de l'enfant qui est une personne en pleine construction avec le passage par des périodes charnière d'autonomisation (enfance/adolescence – adolescence/âge adulte), une personne pour laquelle la maladie chronique s'inscrit au-delà d'un parcours de soins, dans un parcours de vie auquel il convient aussi d'intégrer les parents.

Il est nécessaire de mettre ensuite en place un parcours de soins dont les étapes devront être plus lisibles et plus fluides. Pour y parvenir, il est important de rendre lisible une offre graduée des soins (centre expert, consultations spécialisées dans les CH, médecins traitants).

- **Améliorer le repérage**
 - ✓ Améliorer le repérage trop souvent tardif en impliquant tous les médecins (PMI, médecins scolaires, médecins traitants) qu'il faut encourager à communiquer entre eux et à adresser rapidement le jeune patient aux spécialistes en cas de suspicion de pathologie.
 - ✓ Mailler la région par la diffusion d'un annuaire de ressources permettant aux professionnels et aux particuliers d'avoir accès aux informations (ROR) pratiques concernant les maladies chroniques.
 - ✓ Agir sur la formation des médecins libéraux, des internes et des paramédicaux.
 - ✓ Elaborer des plans d'action spécifiques pour les services d'urgence, l'entrée dans la maladie se faisant souvent par ce biais-là.
- **Améliorer le diagnostic**

Créer un réseau pédiatrique constitué de professionnels de terrain - médecins traitants, médecins exerçant dans les structures de court séjour et de soins de suite - permettant de repérer les hyper spécialistes, de gérer les formations médicales et paramédicales, et de gérer les plateaux techniques (biologie et radiologie) à haute spécificité pour optimiser la fiabilité des examens.

- **Développer les dispositifs d'annonce**

Mettre en place des dispositifs d'annonce du diagnostic par des centres compétents disposant de plateaux techniques étoffés, en lien avec le médecin traitant, en intégrant un accompagnement socio-psychologique de l'enfant et de son entourage.

- **Améliorer le suivi**

- ✓ Assurer un suivi de proximité par le médecin traitant en lien avec un médecin expert.
- ✓ Encourager la télémédecine pour permettre un suivi de proximité de qualité, notamment dans les territoires isolés.
- ✓ Identifier les cas complexes précocement afin de désigner un « gestionnaire de cas » qui coordonnera le parcours de soins.
- ✓ Mettre en place des consultations avancées dans les centres périphériques pour permettre de faire un point régulier sur l'évolution de l'enfant et de sa pathologie.
- ✓ Veiller à une meilleure répartition de l'offre de structures de SSR pédiatriques.
- ✓ Prévoir des séjours de répit pour les enfants malades afin de permettre aux familles un temps de séparation.
- ✓ Développer l'offre d'HAD pédiatrique, en lien avec les centres experts.

- **Développer et adapter l'éducation thérapeutique**

- ✓ Développer une offre d'éducation thérapeutique plus souple, adaptable en fonction du développement de l'enfant (périodes charnières).
- ✓ L'ETP pourrait être réalisée en dehors de l'hôpital, en groupes et par des équipes mobiles et utiliser des dispositifs connectés (smartphones...).

- **Organiser le relais de prise en charge à l'âge adulte**

La fin de la prise en charge pédiatrique doit être faite par des équipes pluridisciplinaires constituées de pédiatres et de spécialistes de médecine adulte au moment où l'équipe juge le jeune assez mature afin de préparer au mieux la transition et éviter le risque de rupture dans le parcours de soins.

- **Eviter les ruptures dans le parcours entre prévention, soin et médico-social.**

Les troubles peuvent être repérés aux différentes phases du développement de l'enfant, il est important que le dépistage soit effectué dès leur apparition pour que le diagnostic et les prises en charges soient précoces et adaptées. La plasticité cérébrale permet dans la plupart des cas chez le jeune enfant de mettre en place au plus tôt des stratégies adaptatives efficaces qui éviteront certaines comorbidités.

De 0 à 6 ans, les principales étapes du dépistage sont les consultations pédiatriques prévues de 0 à 24 mois, puis dans le cadre du suivi médical régulier de l'enfant, le bilan à quatre ans réalisé par les PMI en maternelle et le bilan à cinq ans réalisé par la médecine scolaire pour l'entrée au CP. Les principaux troubles dépistés sont les troubles psychomoteurs, spécifiques du langage, cognitifs, de l'attention et de l'hyperactivité, du spectre de l'autisme. Il est important de maintenir un dispositif de rattrapage pour les enfants de 7 à 18 ans qui n'auraient pas été dépistés précocement ou pour certains troubles d'apparition plus tardive chez l'enfant.

Du fait de la complexité des troubles du développement de l'enfant, les professionnels de santé font parfois face à des difficultés pour poser un diagnostic ou orienter vers un spécialiste ou vers une prise en charge adaptée.

Le rôle des parents est primordial par leur capacité à observer très tôt un signe d'alerte mais ils doivent pouvoir bénéficier d'un soutien en cas d'annonce d'un trouble sévère ou d'un handicap.

La logique d'un parcours pour l'enfant et sa famille prend ici tout son sens, en veillant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Au vu de la transversalité de cet objectif il est nécessaire de travailler sur les trois composantes du parcours :

- Prévention : le repérage et le dépistage des troubles du développement psychomoteur, sensoriel, cognitif, relationnel, émotionnel.
- Soins : diagnostic et offre de prise en charge.
- Médico-social : offre en proximité et coordination avec offre de soins libérale et hospitalière.
 - **Eviter les ruptures pour les enfants et jeunes en situation de handicap en lien avec le parcours des personnes en situation d'handicap.**
 - ✓ Assurer un maillage territorial équilibré pour permettre l'accès aux dispositifs de dépistage pour tous les enfants.
 - ✓ Faciliter les diagnostics précoces.
 - ✓ Adapter l'offre en proximité : diversification des modalités d'accueil, dispositifs, renforcer les CAMSP, simplifier les agréments d'âge des ESMS.
 - ✓ Accès aux prises en charges paramédicales adaptées : kinésithérapeutes spécialisés, orthophonistes, psychomotriciens...
 - ✓ Accès aux dispositifs spécifiques tels que les Centres de référence des troubles du langage et de l'apprentissage - CRTLA.

OBJECTIF 3 : Agir sur des thématiques et pour des publics prioritaires

- **Consolider le parcours sur la thématique nutrition, de la prévention à la prise en charge**
 - **Développer la prévention et le repérage**
 - ✓ Favoriser l'accès à une alimentation équilibrée et une activité physique régulière pour tous.
 - ✓ Favoriser et impulser des actions, démarches et des collaborations contribuant à faire de la prévention du surpoids et de l'obésité une priorité collective et la prendre en compte dans les politiques publiques afin d'assurer des environnements sociaux et physiques favorables.
 - ✓ Intégrer cette thématique dans le parcours éducatif santé des élèves en coopération avec l'Education Nationale et le service de PMI.
 - ✓ Poursuivre la mise en place d'actions et de démarches auprès des enfants et des parents de façon graduée, en prenant en compte les spécificités des publics et plus particulièrement pendant la période périnatale.
 - ✓ Systématiser le repérage du surpoids tout au long de la scolarité (rebond d'adiposité précoce dès 2 ans).
 - ✓ Organiser le lien entre les acteurs de la prise en charge (en particulier le rôle de coordination du médecin traitant).
 - **Favoriser la prise en charge pluridisciplinaires de proximité dans une démarche d'éducation thérapeutique intégrée aux soins**
 - ✓ Favoriser la prise en charge (PEC) pluridisciplinaire de proximité dans une démarche d'éducation thérapeutique intégrée aux soins :
 - Donner aux médecins traitants les moyens d'assurer leur mission de 1er recours (formation, aide à la PEC).
 - Identifier les professionnels pouvant assurer le 2ème recours (état des lieux), leur proposer des formations.
 - Compléter l'offre de proximité lorsque nécessaire (mettre en place des équipes mobiles de 2ème recours).
 - Conforter les CSO pédiatriques dans leurs missions de 3ème recours en lien étroit avec les autres acteurs dont les établissements SSR.

- **Améliorer la prévention et le repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire.**

Les troubles apparus au cours de l'enfance ont une répercussion sur la santé mentale chez l'adolescent et à l'âge adulte. La moitié des troubles qui perdurent surviennent avant l'âge de 14 ans (Kessler 2005).

- Développer la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant une souffrance psychique, une dépression, des troubles du comportement et permettre une meilleure orientation vers le soin spécialisé.
- Informer les parents de facteurs de risque repérables sans investigation ou nécessitant le recours aux soins spécialisés.
- Poursuivre la formation des professionnels au contact des jeunes au repérage de la crise suicidaire.

- **Prévenir les conduites addictives et à risque.**

Selon les résultats 2014 de l'enquête Escapad auprès des jeunes de 17 ans, la région présente des niveaux d'expérimentation de produits cannabis à 50% contre 47,80% en France métropolitaine.

De plus, si la consommation régulière d'alcool caractérise les usages des populations adultes et âgées, la consommation ponctuelle et excessive d'alcool est plutôt la marque de la jeunesse.

De manière générale, le développement du dispositif de soin dans la région doit s'accompagner de différentes mesures facilitant son recours et son adaptation permanente aux besoins.

- Développer la prévention, réduire les conduites addictives et diminuer les consommations excessives chez les jeunes, par des actions adaptées aux lieux et structures de rencontres avec ce public, s'appuyant sur les équipes d'accueil et éducatives sensibilisées à cette approche, dans et hors milieu scolaire.
- Favoriser l'implication de tous les professionnels au contact des jeunes pour le repérage, le conseil et l'orientation auprès des jeunes ayant des usages de drogues illicites ou licites problématiques (excessifs, nocifs,...) dommageables à leur santé, leur formation scolaire, et leur sécurité, risques routiers, au travail,...
- Développer des programmes de prévention de réduction des risques dans les milieux festifs alternatifs et commerciaux.

- **Améliorer le recours aux soins et aux droits des adolescents et des jeunes et améliorer l'accès aux soins des 16/25 ans** : ces éléments sont développés dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

- **Investir dans la promotion en santé sexuelle en direction des jeunes, dans une approche globale et positive.**

Les indicateurs épidémiologiques concernant l'épidémie VIH, les IST et les grossesses non désirées sont très défavorables dans notre région.

- Eduquer les jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes.
- Améliorer l'information en santé sexuelle en utilisant les nouveaux outils de communication.
- Poursuivre la formation des acteurs et des professionnels en santé sexuelle ainsi que les thématiques connexes, notamment les violences conjugales, et interconnaissance des offres de formation.

- Initier ou poursuivre un travail partenarial intersectoriel ou interdisciplinaire.
 - Garantir l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les hommes et en réduisant les grossesses non prévues et non désirées.
 - Améliorer la couverture vaccinale contre les IST.
- **Apporter une attention particulière au parcours de santé de publics ciblés : enfants et jeunes en situation de ruptures sociales et familiales ; jeunes en insertion professionnelle et étudiants.**
- **Les jeunes suivis sous protection de l'enfance (AEMO, ASE, PJJ...) représentent une population particulièrement touchée par les inégalités sociales et territoriales de santé.**

Echappant davantage au système de prévention et de soins, ils sont plus exposés aux facteurs de vulnérabilité (environnement socio-familial peu protecteur, difficultés socioéconomiques, violences subies, conduites addictives, ...) et sont moins dotés en facteurs de protection de leur santé/bien-être (sécurité familiale et affective, hygiène de vie, rythme, alimentation, ruptures dans les parcours de soins et perte histoire médicale).

- ✓ Poursuivre la démarche partenariale et renforcer les cultures communes avec les institutions chargées de la protection de l'enfance (conseils départementaux et PJJ).
 - ✓ Améliorer le continuum du parcours de santé de ce public.
- **Les jeunes en insertion professionnelle (apprentis, suivi en mission locale, chantiers d'insertion, etc..).**

Les jeunes 16-25 ans en recherche d'insertion sont confrontés à des difficultés de santé, autant en termes de fragilités, de souffrance psychologique et de conditions de vie, que de comportements.

À leurs difficultés d'accès à l'emploi s'ajoutent des difficultés particulières d'accès aux droits et d'accès aux soins.

- ✓ Poursuivre le partenariat avec la DIRECCTE et l'organisation régionale des missions locales.
- ✓ Développer les actions de prévention et promotion de la santé notamment sur les thématiques : addictions / risques sexuels / nutrition / accès aux soins.

- **Les étudiants**

En Paca, 1 600 000 étudiants sont inscrits en 2013-2014 et accueillis dans vingt sites d'enseignement supérieur dont douze sites ayant une ou plusieurs implantations d'établissements publics.

Une très grande majorité des jeunes se considère d'ailleurs en bonne santé. Cette appréciation globalement bonne de la santé des étudiants ne doit pas faire oublier les pratiques addictives et les comportements à risque. D'autre part, l'hygiène alimentaire et les soins dentaires et d'optique sont parfois délaissés par ce public.

- ✓ Poursuivre le partenariat en mettant en place une convention avec les SIUMPPS.
- ✓ Développer les actions de prévention et promotion de la santé notamment sur les thématiques : addictions / risques sexuels / nutrition / accès aux soins.

RÉSULTATS ATTENDUS

- La connaissance de l'état de santé des enfants et des jeunes est améliorée.
- Les acteurs de santé intervenant auprès des enfants et des jeunes (professionnels de santé, éducation nationale, PMI,...) se connaissent, partagent leurs informations et coordonnent leurs interventions.
- Les programmes d'éducation à la santé, de développement des CPS et des compétences parentales sont déployés sur tous les territoires de Paca et bénéficient à l'ensemble des enfants 100% des enfants bénéficient d'un dépistage des troubles aux âges clef de leur développement.
- Les professionnels sont formés au repérage et à l'annonce.
- Les délais de diagnostic et de prise en charge des maladies chroniques sont réduits et le relais de la prise en charge à l'âge adulte est organisé.
- Un dispositif de coordination des professionnels type RéPPOP pouvant s'appuyer sur les réseaux d'appui existants en Paca est mis en place Le parcours des jeunes en souffrance psychique est fluidifié.
- 80 % des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) au cours de leur cursus en primaire et secondaire.
- L'indice de grossesses non désirées/non prévues chez les femmes est réduit.
- 100% des jeunes sous protection de l'enfance bénéficient d'un parcours en santé.

2.8 PARCOURS SANTÉ ET ADDICTIONS

CONTEXTE

Les addictions avec ou sans substances représentent en Paca comme en France un problème de santé publique majeur aux impacts multiples, pluridimensionnels à la fois sanitaires, économiques, sociaux et humains.

Le périmètre de ce parcours concerne toute la population avec une vigilance particulière en direction des publics dit prioritaires : le public jeune dans son ensemble, les personnes placées sous-main de justice, les personnes en situation de précarité, les publics vulnérables (femmes enceintes, femmes isolées, prostitués, migrants, etc.) mais aussi des personnes en situation de handicap, personnes âgées, et personnes présentant des troubles psychiatriques.

Actuellement l'incidence du VHC est à 80 % liée à l'usage de drogues injectables. 60% des usagers de drogues par voie injectable sont contaminés par le VHC. L'objectif national est de réduire de 90% l'incidence du VHC chez les usagers de drogues en 2025 et de réduire de 65% la prévalence de l'hépatite C chronique en population générale (source nationale : enquête coquelicot).

La région se caractérise par des consommations supérieures concernant :

- **le tabac** : la région Paca se démarque légèrement par un plus fort niveau d'usage chez les adolescents comme chez les adultes et la consommation féminine est en nette progression. Ces niveaux d'usage coïncident avec une mortalité par cancer des bronches, de la trachée et des poumons qui atteint un niveau comparable à celui de la métropole.
- **le cannabis** : les consommations sont bien supérieures à celles des autres français aussi bien chez les adolescents que chez les adultes notamment pour l'usage régulier.

Deux indicateurs, à savoir les interpellations pour usage de cannabis et la demande de traitement en

CSAPA illustrent cette prévalence. Les consultations jeunes consommateurs - CJC de la région Paca se distinguent par l'accueil d'un public plus jeune que la moyenne nationale ; 54 % de mineurs contre 44 % dans le reste de la France.

- **les produits illicites et substances psychoactives autres** : s'agissant de tous les produits consommés en milieux festifs, les niveaux d'expérimentation s'avèrent globalement plus élevés chez les jeunes et chez les adultes (+2% pour la cocaïne par rapport au reste de la France) ; le seul produit en retrait étant l'héroïne dont l'usage au cours de la vie est nettement moins fréquent.
- par ailleurs, la région se différencie également des moyennes nationales par des niveaux bien supérieurs de ventes de Stéribox et de prescriptions de la BHD, la méthadone étant au contraire moins prescrite qu'en moyenne en France. Les usagers de drogues fréquentant les CSAPA sont plus âgés qu'en moyenne, en plus grand nombre en situation de précarité. On peut également noter dans les CSAPA une part particulièrement importante de personnes percevant l'allocation adulte handicapé (AAH).
- les nouveaux produits de synthèse (NPS), drogues diffusées et vendues directement sur internet. Leur consommation est en augmentation régulière dans le milieu festif. Depuis 2015, il est à noter des demandes de slameurs qui s'adressent à des CAARUD pour chercher du matériel d'injection. Ce constat constitue un signal fort pour intensifier le travail d'«aller vers» et de réduction des risques et dommages chez les

- consommateurs dont ceux fréquentant les milieux festifs.
- Les jeux d'argent en ligne : pratique identifiée comme supérieure au niveau national, les pratiques des jeux d'argent et de hasard et les cyberaddictions se répandent en Paca.
- Enfin, la région, marquée par de forts contrastes socio-économiques, présente une surreprésentation de deux populations plus fortement concernées par l'usage du cannabis et des drogues en général ; les populations précaires d'une part et les catégories sociales aisées d'autre part.
- En revanche, concernant l'alcool, le niveau d'usage chez les adolescents est inférieur au reste de la métropole alors qu'en population adulte, il se situe dans la moyenne.

		France (%)	Paca (%)	Estimation de la population de Paca concernée
Alcool	Consommation à risque (a); (b)	35,2%	32,3%	1 105 000 personnes entre 18 et 75 ans
	Consommation excessive (b)		10,1%	345 500 personnes entre 18 et 75 ans
	Risque de dépendance (b)		2,0%	68 400 personnes entre 18 et 75 ans
Tabac	Fumeurs occasionnels ou quotidiens (a);(b)	31,6%	32,6%	1 115 000 personnes entre 18 et 75 ans
	Fumeurs quotidiens (a); (b)	27,0%	28,8%	985 000 personnes entre 18 et 75 ans
Cannabis	Usage année (a);(b)	8,4%	8,7%	269 000 personnes entre 15 et 64 ans
	Usage récent (a);(b)	11,7%	11,6%	358 500 personnes entre 15 et 25ans
	Usage régulier (a);(b)	5,2%	5,5%	30 000 personnes entre 15 et 25 ans
Héro	Expérimentation (a); (b)	1,2%	1,3%	38 000 personnes entre 18 et 64 ans
	Usage année (a);(b)	0,2%	0,1%	2 900 personnes entre 18 et 64 ans
Coc	Expérimentation (a); (b)	3,8%	7,0%	204 000 personnes entre 18 et 64 ans
	Usage année (a);(b)	0,9%	1,8%	52 500 personnes entre 18 et 64 ans
MDMA	Expérimentation (a); (b)	4,5%	8,0%	72 400 personnes entre 15 et 30 ans
	Usage année (a);(b)	0,3%	0,6%	18 500 personnes entre 15 et 64 ans
Amphet	Expérimentation (a); (b)	1,7%	2,4%	74 200 personnes entre 15 et 64 ans
	Usage année (a);(b)	0,2%	0,3%	9 300 personnes entre 15 et 64 ans
JAH	Joueurs excessifs (c)	0,4%	non disponible	13 700 personnes entre 18 et 75 ans
	Joueurs à risque modéré (c)	0,9%		3 000 personnes entre 18 et 75 ans

Rappel des définitions des indicateurs

EXPÉRIMENTATION : au moins un usage au cours de la vie.

USAGE ACTUEL / AU COURS DE L'ANNÉE : Au moins une consommation au cours de l'année. Pour le tabac, il s'agit de personnes déclarant fumer une fois de temps en temps.

USAGE RÉCENT : Au moins une consommation au cours des trente derniers jours.

USAGE HEBDOMADAIRE : Au moins une consommation par semaine durant les douze derniers mois.

USAGE QUOTIDIEN : Au moins une fois par jour.

USAGE A RISQUE CHRONIQUE OU DE DÉPENDANCE : Consommation de plus de vingt et un verres par semaine pour les hommes, de plus de quatorze verres par semaine pour les femmes, ou consommation d'au moins six verres en une occasion au moins une fois par semaine.

USAGE RÉGULIER DE CANNABIS : Usage d'au moins dix fois dans le dernier mois.

USAGERS PROBLÉMATIQUES DE DROGUES : la notion d'usagers problématiques concerne les personnes ayant consommé des drogues illicites ou détournées de leur usage, au moins une fois dans le dernier mois (hors cannabis), par exemple les opiacés, les produits de substitution aux opiacés (TSO), la cocaïne, les amphétamines, les hallucinogènes... et ou ayant eu recours à l'injection intraveineuse au cours du mois.

API : Alcoolisation ponctuelle importante, six verres ou plus en une même occasion, tous les mois API mensuelle, ou toutes les semaines API hebdomadaire.

Quinze points de difficultés et ou d'obstacles ont été identifiés parmi lesquels il est notamment possible de distinguer :

Des obstacles liés à des difficultés d'organisation :

- difficultés d'accès aux droits sociaux / accès au logement et l'hébergement (difficultés d'accéder aux dispositifs de droit commun pour les personnes confrontées à des conduites addictives) ;
- couverture territoriale insuffisante ;
- constat d'un défaut de fluidité des parcours : articulation, relais avec la médecine de ville et les pharmacies etc.
- manque de visibilité et de lisibilité de l'organisation, des dispositifs, et des lieux ressources ;
- insuffisance majeure de partenariat, de coordination et de passerelles entre les différentes composantes des dispositifs (volet médico-social, sanitaire, la médecine de ville) ;
- manque d'information, de formation des professionnels de premier recours, des professionnels non spécialistes ;
- prégnance des représentations souvent erronées et stigmatisantes sur les addictions ;
- des obstacles pour les usagers impliqués dans des pratiques délictuelles (obligation de soins, suivi judiciaire...) ;
- diversification régulière des publics avec la complexification des situations avec comorbidités psychiatriques, somatiques ;
- absence d'un dispositif de veille et de connaissance ;
- insuffisance de prise en compte des pratiques émergentes.

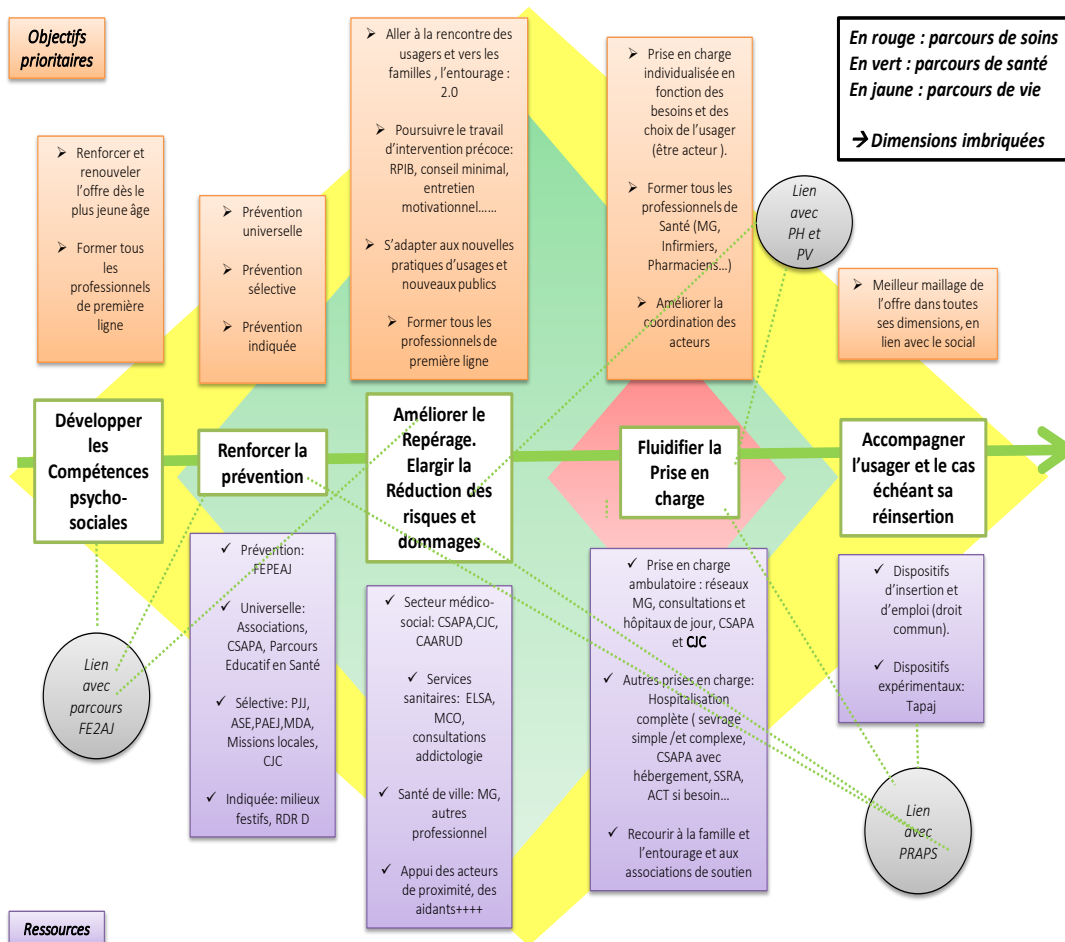
Des obstacles au sein des parcours individuels :

- ruptures à certains âges charnières tel que le passage à la majorité dans les situations de prise en charge spécifiques de type ASE, PJJ, etc. ;
- défaut d'accompagnement pluri et transdisciplinaire adapté à chaque personne, en tenant compte de ses choix et de ses besoins sans pour autant les hiérarchiser ou les cloisonner ;
- difficultés pour les usagers impliqués dans des pratiques délictuelles... ;
- difficultés d'accéder aux dispositifs de droit commun (droits sociaux, logement).

ENJEUX

La réflexion conduite sur le parcours santé et addictions s'inscrit dans un continuum allant de la prévention, du repérage précoce, de la réduction des risques et des dommages, de l'accès aux soins, de la prise en charge jusqu'à l'accompagnement en insertion.

SCHÉMA DE REPRÉSENTATION DU PARCOURS DE SANTÉ ET ADDICTIONS



CONCERNANT LA PRÉVENTION

Dans dix ans en Région Paca, toute personne aura accès à une offre de prévention structurée, évolutive et adaptée à ses besoins et ses choix. Pour ce faire, il s'agit de :

- développer la prospective, les capacités d'anticipation et d'adaptation des politiques publiques et des professionnels du champ de l'addictologie et ceux de première ligne ;
- réduire les inégalités d'accès à la prévention (sociales, territoriales...) ;
- structurer une prévention insuffisamment dotée, précaire et cloisonnée.

CONCERNANT LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

- Promouvoir et positionner la RDR D comme un outil de continuum du parcours de l'utilisateur.
- Porter la mutation des pratiques professionnelles dans tous les domaines du secteur médico-psycho-social, du secteur libéral, hospitalier et associatif et porter la mutation des modalités de réponses et d'accompagnement.
- Mettre en œuvre la RDR D partout, pour tous, tout le temps (développer «l'aller vers», le «hors les murs»...).
- Soutenir et renforcer la place de la personne dans son parcours.

CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE PROXIMITÉ : L'ÉVOLUTION DES PUBLICS, DES PRATIQUES, DES MODALITÉS D'ACCUEIL, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN CHARGE

D'ici dix ans, organiser un parcours de soins multiple, coordonné, répondant aux besoins de santé et de vie de tous les patients à des moments différents.

Pour ce faire, les objectifs visés sont :

- d'accompagner la nécessaire évolution de l'offre de soins centrée sur des besoins très différents et adaptée à la complexité des addictions, ainsi qu'à la diversité des personnes et des situations ;
- de développer un parcours en addictologie cohérent intégrant des pratiques partenariales, favorisant la communication entre les acteurs, en précisant leurs missions respectives, leurs ressources pluri-professionnelles ;
- de développer un parcours en addictologie pérenne sans créer de nouvelles structures, en répondant aux nouvelles pratiques et aux nouveaux publics ;
- de rendre l'offre disponible visible et lisible en communiquant ;
- de développer et renforcer l'information, la sensibilisation et la formation (initiale et continue), et intégrer le savoir expérientiel des usagers au savoir scientifique, et vice-versa.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Améliorer les réponses de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge. Soutenir l'entourage et les familles des usagers.

OBJECTIF 2 : Concevoir et développer une offre de formation initiale et continue destinée aux professionnels du champ de l'addictologie et aux acteurs de première ligne non spécialistes.

OBJECTIF 3 : Agir sur les représentations des usages et des usagers et améliorer la visibilité et l'accessibilité aux dispositifs spécialisés.

OBJECTIF 4 : Soutenir une démarche d'innovation en matière de prévention, de RDR D, de prise en charge qui s'appuie sur la veille, la recherche appliquée et l'expérimentation de nouvelles pratiques.

OBJECTIF 1 : Améliorer les réponses de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge. Soutenir l'entourage et les familles des usagers.

Afin d'éviter les ruptures, il s'agit d'organiser un parcours de soins multiple, coordonné, gradué répondant aux besoins de santé et de vie diversifiés de tous les usagers et leur entourage à des moments différents :

- **structurer le *continuum* du parcours et sa gouvernance** ;
 - Etablir une cartographie régionale de l'offre en addictologie à destination des professionnels et du public concerné.
 - Se doter d'un système de veille, de connaissance, de recherche afin d'observer et appréhender les nouveaux publics, les nouveaux usages et faire évoluer les modalités d'accueil, d'accompagnement, de prise en charge.
 - Evaluer régulièrement et collectivement les résultats des actions.
 - Organiser une commission de suivi régionale des activités conduites sur l'ensemble du continuum, pouvant «succéder» à la commission régionale addiction.

- **déployer une offre centrée sur des besoins très différents, adaptée à la complexité des addictions et à la diversité des personnes et des situations ;**
 - Développer «l'aller vers», sortir des structures et conduire des actions «hors les murs», articuler les parcours avec les professionnels non spécialisés. Prévoir et étoffer des équipes mobiles des établissements spécialisés en addictologie au bénéfice d'autres types d'établissements et services (CHRS, CHU, EHPAD, MECS, ITEP, etc.) susceptibles d'accueillir/accompagner des publics présentant des problématiques d'addictions.
 - Promouvoir les expérimentations dans le cadre plus large du parcours de vie par l'insertion, vers l'ouverture à des emplois (exemple Tapaj), du logement (Housing first).
 - Fluidifier les parcours et réduire les délais d'entrée dans les dispositifs, sanitaires, médicosociaux, sociaux (partenariat, coordination, réseaux).
 - Renforcer la filière sanitaire en addictologie :
 - Développer les ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie) afin de renforcer l'offre de soins en addictologie au sein des établissements SSR ou PSY spécialisés.
 - Développer les soins de médecine dédiée au sevrage sur la région.
 - Rendre visible et accessible aux usagers et personnes accueillies dans les structures, les groupes d'experts, d'auto-support et les représentants des usagers pour faire émerger leur parole, la valoriser.
 - Améliorer la prise en charge des publics présentant des comorbidités en favorisant les liens entre les dispositifs spécialisés en addictologie et:
 - Les structures psychiatriques pour la prise en charge des pathologies duelles à savoir les comorbidités psychiatriques,
 - Les services MCO afin de proposer un parcours de soins adapté et fluide :
 - aux personnes présentant des comorbidités infectieuses, notamment les hépatites et le VIH
 - aux femmes enceintes nécessitant un sevrage en assurant le suivi obstétrical, gynécologique et de périnatalité
 - aux personnes ayant des comorbidités somatiques : cancer, encéphalopathie, insuffisance respiratoire, hépatique, pathologie cardio-vasculaire...
- **développer la RDR D vers des publics nouveaux et préconiser des nouveaux outils de RDRD ;**
 - Promouvoir le dépistage du VHC et du VIH.
 - Promouvoir une RDRD adaptée à des publics nouveaux : publics insérés, en milieu de travail, en incarcération.
 - Améliorer la mise à disposition de la Naloxone,
 - Expérimenter une salle de consommation à moindre risques, permettant de décroiser l'accompagnement et d'offrir aux CAARUD et CSAPA une meilleure visibilité, assorti d'une réflexion évaluative à la fois sur les publics mais également sur les modes d'accompagnement.
 - Poursuivre la mise en place de la RDR D alcool, la RDR D à distance, la RDR D tabac, cannabis, la RDR D volet insertion «TAPAJ» (travail alternatif payé à la journée)

OBJECTIF 2 : Concevoir et développer une offre de formation initiale et continue destinée aux professionnels du champ de l'addictologie et aux acteurs de première ligne non spécialistes.

Pour atteindre cet objectif, il s'agira notamment de mobiliser les ressources nationales (MILDECA) et les compétences régionales institutionnelles (ex : formation initiale des travailleurs sanitaires et sociaux). La mise en place de modules de formation, notamment à distance (type e-learning), pourra faciliter la diffusion d'une culture commune et de nouvelles pratiques.

- **Pour les acteurs des dispositifs spécialisés des champs sanitaires et médicosociaux.**
 - Diffuser des éléments de culture commune fondés sur des programmes validés, des référentiels, des guides méthodologiques, des outils, intégrant une approche expérientielle et l'expertise des usagers.
 - Former les équipes accompagnant les publics en réduction des risques et des dommages, en CAARUD, en CSAPA, dans les ELSA, dans les consultations hospitalières d'addictologie (HDJ, services d'addictologies, SSR, etc.).
 - Diffuser la culture de la RDR D et lui octroyer sa place dans les soins en addictologie en la programmant dans les formations initiales et continues.
 - Créer des espaces de réflexion et de partage entre les structures et favoriser les échanges de pratiques professionnelles (EPP) y compris à distance.
- **Pour les acteurs non spécialistes (professionnels de première ligne) de tous les champs.**
 - Organiser des formations apportant un socle minimum de connaissances afin de repérer et d'orienter efficacement (RPIB, entretien motivationnel, développement des compétences).
 - Promouvoir la culture RDR D dans le champ social, sanitaire et judiciaire, avec une priorité donnée aux territoires à moindre accès à la RDR D.

OBJECTIF 3 : Agir sur les représentations des usages et des usagers et améliorer la visibilité et l'accessibilité aux dispositifs spécialisés

- **Élaborer une stratégie de communication vers les publics :**
 - faire connaître les offres des dispositifs spécialisés en matière de prévention, RDR D, de prise en charge et «les portes d'entrées» des acteurs locaux impliqués dans l'accueil du public (professionnels de première ligne) ;
 - communiquer sur la place réservée à l'accueil de la famille et de l'entourage et informer largement les intéressés par une communication spécifique (lieux d'échanges, associations d'auto-support, groupe de parole...) ;
 - diversifier les supports par types de risques et par territoires.
- **Élaborer une stratégie de communication vers les professionnels :**
 - agir sur les représentations sociales des professionnels, du public concerné, et du grand public sur l'addictologie et les dispositifs ;
 - développer des actions ponctuelles d'information, de sensibilisation, qui prennent la forme d'événements, de manifestations (à destination des riverains, police, commerçants, élus, Conseils de quartiers) ;
 - développer une dynamique de communication interprofessionnelle permettant d'améliorer la visibilité, lisibilité, des services et des prestations ;
 - promouvoir l'utilisation de l'ensemble des sites internet spécialisés dédiés à la diffusion des ressources disponibles (exemple du site national destiné aux professionnels : <https://intervenir-addictions.fr>) ;

- conduire une réflexion sur la pertinence d'une plateforme de coordination (en lien avec les plateformes territoriales d'appui par exemple).

OBJECTIF 4 : Soutenir une démarche d'innovation en matière de prévention, de RDR D, de prise en charge qui s'appuie sur la veille, la recherche appliquée, et l'expérimentation de nouvelles pratiques.

- **Se doter d'un dispositif de veille partagé et d'accès aux ressources documentaires** appuyé sur une application de terrain, de recherche et d'alerte, et développer un cadre de recherche, et d'expérimentation de projets innovants et transférables.
 - Utiliser les nouveaux référentiels actualisés et les nouveaux outils de RDR D dans une démarche d'innovation.
 - S'appuyer sur la recherche en santé publique, en sociologie et également sur les neurosciences, sur l'industrie pharmaceutique, ou sur les thérapies alternatives non médicamenteuses.
 - Appliquer ce cadre dans les appels à projets «Actions Innovantes», appels à candidatures.
 - Veiller au suivi et à la transférabilité des actions probantes et à leur pérennisation.
 - Améliorer l'addictovigilance et la sécurité sanitaire en lien avec le réseau régional des structures de vigilance et d'appui (RREVA), l'ANSM, le CEIP, le CAP, l'OFDT, Santé Publique France, la structure d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients (PASCUAL).
- **Intégrer la prise en compte des nouvelles addictions en proposant une prise en charge adaptée.**
 - Répondre à des besoins nouveaux mal connus ou mal pris en compte (Chemsex, drogues au travail, les usages sans produits, les jeux, la douleur).
 - Explorer les partenariats et développer leurs nouvelles possibilités (Ex : expertise et actions de prévention des CSAPA, expertise des associations d'accès aux soins des personnes sans abri, expertise territoriale des secteurs de psychiatrie.....).

RÉSULTATS ATTENDUS

- Les offres de services de proximité, d'« aller vers » sont renforcées.
- Les délais d'entrée dans les dispositifs sont réduits.
- Les usagers participent au fonctionnement des dispositifs dédiés ; leur savoir expérientiel est reconnu et utilisé.
- Les professionnels des dispositifs spécialisés et les professionnels non spécialistes ont acquis, consolidé et partagé des compétences dans le domaine des addictions.
- Les publics cibles et leur entourage connaissent les dispositifs spécialisés existants sur leur territoire.
- Les réseaux sociaux numériques, les sites spécialisés et les sites grands publics facilitent l'accès aux services de prévention, de prise en charge, et de réduction des risques et des dommages.
- Les nouvelles addictions et les nouveaux publics sont identifiés et des prises en charge adaptées sont proposées.

PARTIE 3

ORGANISER LA SANTÉ AU NIVEAU DES TERRITOIRES

- 1 / SANTÉ ENVIRONNEMENTALE
- 2 / VEILLE, SÉCURITÉ SANITAIRE ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES
- 3 / ORGANISER L'OFFRE DE SOINS À PROXIMITÉ
- 4 / STRUCTURER LES FILIÈRES ET LE RECOURS AUX PLATEAUX TECHNIQUES

3. ORGANISER LA SANTÉ AU NIVEAU DES TERRITOIRES

3.1 SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

CONTEXTE

La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 inscrit pour la première fois le concept d'Exposome¹⁸ comme un prisme autour duquel doivent s'articuler l'ensemble des impacts liés à l'exposition à des agents environnementaux ayant des effets néfastes sur la santé (biologique, physiques ou chimiques), tout au long de notre vie, et par toutes les voies d'exposition. Ce concept intégrateur de l'influence du cadre de vie sur notre santé révolutionne les approches sectorisées que nous avons de notre santé en prenant en compte l'ensemble des facteurs.

Le Schéma régional de santé prend sa place dans un ensemble de stratégies ayant un impact en faveur de la santé, impliquant différentes autorités publiques. Afin de garantir la transversalité, cohérence, coordination des réponses en matière de prévention et de prise en charges, le schéma régional de santé prend notamment en compte les actions conduites au titre du Plan régional santé environnement de troisième génération (PRSE3) et veille à la cohérence de ce plan avec les contrats locaux de santé (CLS) et les volets santé des agendas 21 développés par les collectivités territoriales.

- Augmentation de la part de l'environnement dans la santé.

¹⁸ Art. L. 1411-1. Définition de la politique de santé, qui comprend : « la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine »

- Part de la mortalité et de la morbidité liée aux déterminants environnementaux. OMS : près d'1/4 de la mortalité a des causes environnementales évitables – expositions professionnelles comprises – Mars 2016.
- Stratégie nationale de santé : 80% des inégalités de santé sont attribuables à des facteurs sociaux et environnementaux.
- Coût économique des atteintes à la santé liées à l'environnement (qualité de l'air : rapport sénat 2016 : 100 milliards d'euros/an – 48.000 morts).
- Effets Cocktails : plusieurs polluants, par plusieurs voies d'exposition (inhalation, ingestion, contact – ex : pesticides). En effet, le nombre de substances auxquelles les populations sont exposées ont fortement évolué avec le développement de l'industrie chimique et agro-alimentaire (pesticides, additifs alimentaires, cosmétiques etc...) avec peu de recul sur les effets indirects des substances employées.
- Augmentation des troubles de la reproduction et effets trans-générationnels attribués à l'exposition aux perturbateurs endocriniens : distilbène / bisphénol (malformations urogénitales du petit garçon – hypospadias, cryptorchidie, cancer du

testicule, puberté précoce de la petite fille...). Vulnérabilité accrue pendant la fenêtre d'exposition de la grossesse : une exposition de courte durée in utero programmera la survenue d'effets au moment de la puberté ou de l'âge adulte.

Ces effets sont vraisemblablement amenés à s'aggraver en raison de l'exposition de la population aux perturbateurs endocriniens (pesticides).

ENJEUX

■ RÉDUIRE LES INÉGALITÉS ENVIRONNEMENTALES DE SANTÉ LIÉES AUX DÉTERMINANTS DE SANTÉ.

- Cibler les lieux de vie concentrant les inégalités (Centres anciens où l'habitat est dégradé/Zones d'habitation à proximité des zones agricoles utilisant des pesticides/Territoires Alpains pour la qualité bactériologique de l'eau/Métropoles pour la qualité de l'air...).
- Mettre en place une offre adaptée aux territoires sensibles, notamment les zones d'implantation d'importantes industries.
- Éviter les situations de crise locales de type : actions citoyennes (Class Actions aux USA) face aux risques environnementaux.

■ CRÉER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ.

■ GÉNÉRALISER L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LES PATHOLOGIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALES ET ADAPTER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AUX ENJEUX ENVIRONNEMENTAUX.

■ INFORMER LES HABITANTS ET DIFFUSER LES BONNES PRATIQUES POUR INCITER À DES CHOIX FAVORABLES A LA SANTE :

- Surveiller la progression des maladies émergentes (maladies vectorielles, pathologies hormono-dépendantes, maladies métaboliques).
- Faire émerger une fonction sentinelle chez les professionnels de santé.
- Améliorer le repérage/diagnostic, en particulier sur les pathologies influencées par les déterminants environnementaux : quartiers défavorisés pour le saturnisme, zones industrielles pour les pathologies respiratoires et cancers.
- Développer une approche intégrant les facteurs de risques environnementaux pour toutes les consultations à destination de publics vulnérables ou sensibles aux facteurs de risques environnementaux (consultations professionnelles à élargir aux facteurs environnementaux, consultations prénatales, consultations dans le cadre de l'après-cancer ou de pathologies respiratoires chroniques).

■ GÉNÉRALISER UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE DE PRISE EN COMPTE DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES DES DÉTERMINANTS DE SANTE DANS POLITIQUES PUBLIQUES

- Mobiliser les collectivités pour qu'elles intègrent les enjeux de santé liés aux déterminants environnementaux dans leurs politiques locales de santé ou environnement.
- Convaincre et peser sur les acteurs institutionnels des autres politiques publiques sectorielles pour qu'elles intègrent les enjeux de santé comme critère de choix, par exemple dans les choix de transports

■ **ANTICIPER L'ARRIVÉE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES : MICRO-CAPTEURS, RÉSULTATS DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT SUR LES SMARTPHONES.**

■ **RENFORCER LA CAPACITÉ DES ADMINISTRATIONS À PRENDRE EN COMPTE ET TRAITER CES DONNÉES, EN FAIRE DES OUTILS DE MONTÉE EN COMPÉTENCE DES CITOYENS COMME ACTEURS DE LEUR SANTÉ.**

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Territorialiser les politiques régionales dans le domaine de la santé environnement.

OBJECTIF 2 : Surveiller l'impact sanitaire des facteurs de risques environnementaux.

OBJECTIF 3 : Adapter le système de santé aux enjeux environnementaux.

OBJECTIF 4 : Former et informer les professionnels de santé en santé environnement.

OBJECTIF 5 : Permettre l'accès du grand public à une information de qualité, validée scientifiquement.

OBJECTIF 6 : Soutenir le développement de nouveaux outils multimédia au service de la promotion, de l'éducation et de la prévention en santé environnementale.

OBJECTIF 1 : Territorialiser les politiques régionales dans le domaine de la santé environnement

Une approche transversale est nécessaire tant les déterminants agissant sur la santé sont multiples et relèvent de toutes les politiques publiques (emploi, logement, transport, environnement, sport...).

- **Mobiliser toutes les compétences des collectivités territoriales, notamment par les contrats locaux de santé.**
 - Pour mieux adapter les politiques de santé aux territoires, particulièrement pour les situations infra communales.
 - En donnant la priorité aux zones géographiques qui cumulent des indicateurs sociaux, environnementaux et sanitaires défavorables.
 - En déployant une formation dédiée par le CNFPT auprès des élus locaux ou par e-learning.
 - En attribuant des prix et bourses de recherche.

OBJECTIF 2 : Surveiller l'impact sanitaire des facteurs de risques environnementaux

Les attentes sociales sont fortes dans le domaine des risques sanitaires liés à l'environnement et nos systèmes d'observation peinent à révéler les impacts des expositions environnementales sur la santé. De nouvelles approches ont été récemment développées sur certaines expositions et méritent d'être généralisées à d'autres expositions environnementales.

- **Compléter le système de surveillance de la santé des populations sur le champ environnemental :**
 - par des enquêtes auprès des professionnels de santé et de la population (Baromètres...);
 - par des études épidémiologiques (hospitalisations, imprégnation...) et la collecte des données de laboratoires ;

- par le dépistage et le signalement des pathologies liées à l'environnement (systèmes de signalements d'évènement indésirables) ;
- par la mise en place de registres locaux sur les zones les plus impactées ;
- par le développement de consultations spécifiques aux risques environnementaux (consultations pré-conceptionnelles ou mère/enfant).

OBJECTIF 3 : Adapter le système de santé aux enjeux environnementaux

La part grandissante de pathologies induites/aggravées par des facteurs environnementaux rend nécessaire l'adaptation du système de santé pour les prendre en compte. Le changement climatique fait apparaître de nouveaux enjeux dans les territoires de la région Paca, notamment l'apparition de pathologies infectieuses qui jusqu'à présent étaient circonscrites aux zones tropicales : les arboviroses en particulier ou bien l'implantation généralisées d'espèces végétales invasives allergisantes : l'ambroisie aujourd'hui quasi ubiquitaire. Ceci rend nécessaire l'adaptation du système de santé dans tous ses champs.

- **Accompagner l'adaptation structurelle des établissements aux enjeux environnementaux et sociétaux**
 - Diminuer l'empreinte environnementale des établissements de santé et médico-sociaux (indicateurs CPOM).
 - Renforcer la résilience des établissements dans les situations exceptionnelles (sécurisation de l'approvisionnement en eau, prévention des risques inondations, sécurisation des filières d'élimination des DASRI).
- **Adapter l'offre de santé de proximité aux spécificités environnementales des territoires.**
 - Adapter l'offre de santé sur les zones de fortes inégalités de santé présentant des vulnérabilités environnementales spécifiques (forte industrialisation, présence d'espèces allergisantes comme l'ambroisie, mauvaise qualité bactériologique de l'eau, dégradation de l'habitat...).
 - Adapter les consultations autour des populations les plus vulnérables aux déterminants environnementaux, et en particulier pendant la période périnatale et la petite enfance.
 - Prodiguer des recommandations permettant de réduire/supprimer des facteurs de risques environnementaux, notamment après le diagnostic d'une pathologie respiratoire, pour les patients en rémission (exemple : intervention des conseillères habitat santé (CHS) / conseillères en environnement intérieur (CEI) au moment du diagnostic d'une maladie respiratoire prise en charge par les caisses d'assurance maladie).
 - Mettre en place des modules d'éducation thérapeutique «santé environnement» pour les professionnels de santé et patients sur une liste de pathologies ayant un lien confirmé avec des facteurs de risques environnementaux (allergies, insuffisances respiratoires, Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive - BPCO, certains cancers...).

OBJECTIF 4 : Former et informer les professionnels à la dimension environnementale

La formation et l'information des professionnels sur l'impact des déterminants environnementaux de notre santé est un levier majeur pour une meilleure prise en compte des facteurs de risques environnementaux évitables. Les données du baromètre santé environnement 2017 montrent que très majoritairement (81%), le public fait confiance à son médecin, puis aux scientifiques (79%) pour obtenir des informations fiables sur l'impact de l'environnement sur sa santé.

- **Fournir une information homogène et renforcer la formation initiale et continue.**
 - Généraliser dans le DPC une formation «cancers et environnement».
 - Généraliser sur les deux grands pôles universitaires de Marseille et de Nice dans les formations initiales des médecins en troisième année, un enseignement intégré au cursus diplômant de quinze jours sur la santé environnement.
 - Développer des formations universitaires diplômantes (CEU) pour les professionnels de santé spécifiques aux déterminants environnementaux.
 - Proposer des Webinaires sur la période périnatale à destination des professionnels de la périnatalité et de la petite enfance.
 - Mener une enquête sur le degré d'amélioration des connaissances des professionnels de santé à réaliser pour mesurer l'efficacité des formations proposées, à reconduire sur 5 ans pour mesurer les tendances (ORS/SESTIM).

OBJECTIF 5 : Permettre l'accès du grand public à une information de qualité, validée scientifiquement

- **Garantir la qualité de l'information diffusée auprès des citoyens.**
 - Etablir et actualiser le référencement des sites de qualité, les faire connaître au grand public.
 - Actualiser régulièrement les informations des outils en ligne santé environnement portés par nos partenaires, ORS et CRES (Sirsé - annuelle et Le filin - quotidienne).
 - Communiquer régulièrement au grand public sur les actions initiées par les pouvoirs publics pour le protéger de ces risques.
- **Promouvoir les changements de comportements favorables à la santé de chacun.**
 - Diffuser les bonnes pratiques (aération quotidienne du logement, utilisation de biberons en verre, sites d'information prévisionnelle sur les pics polliniques...).
 - Réactualiser tous les cinq ans le Baromètre santé environnement afin de mesurer l'évolution des représentations et des préoccupations de la population.

OBJECTIF 6 : Soutenir le développement de nouveaux outils multimédia au service de la promotion, de l'éducation et de la prévention en santé environnemental

L'utilisation des nouvelles technologies permet aux patients et aux professionnels de santé de mieux s'informer et sont des leviers qui peuvent être mis à profit pour de la formation. La constitution et l'animation de groupes autour de la santé environnement (Social club) sur les réseaux sociaux permet la mise en réseau d'une large palette d'acteurs et facilite la prise de contact en vue du montage des actions locales et une circulation des informations, événements en lien avec cette thématique.

- **Promouvoir l'empowerment, tout en réduisant les fractures sociales et numériques.**
 - Faire une veille des applications smartphone permettant de consulter des sites d'information fiables sur la qualité de l'environnement de proximité : qualité de l'eau potable, eaux de baignades, qualité de l'air.
 - Contribuer aux projets de création de plateformes numériques collaboratives pour favoriser l'expression des citoyens sur les sujets santé environnement.
 - Rendre plus accessible l'information à destination des publics vulnérables accueillis dans les établissements de santé : vidéos sur écrans d'accueil et dans les salles d'attente des consultations.
 - Instaurer des rendez-vous mensuel santé environnement sous forme d'un Webinaire thématique dans le cadre du PRSE3.

- **Anticiper la venue de nouvelles technologies, génératrices d'attentes vis-à-vis du monde de la santé en matière de soins mais également de prévention.**
 - En s'appuyant sur la prochaine mise sur le marché de microcapteurs (qualité de l'air) et de tests individuels (marqueurs biologiques d'exposition aux facteurs environnementaux : perturbateurs endocriniens, métaux lourds...) qui influenceront la prise de conscience de l'impact de l'environnement sur la santé.
 - En accompagnant le développement des Big-Data en santé pour améliorer la connaissance, la surveillance et le dépistage de pathologies liées à l'environnement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Les collectivités et leurs élus portent des programmes territoriaux dédiés à la santé environnement, développent des voies de mobilité actives et renforcent les mesures de surveillance et d'amélioration de la qualité de l'air.
- Les modules santé environnement dispensés aux étudiants en médecine sont devenus obligatoires et diplômants.
- Des réseaux sentinelles de médecins sont situés dans des zones fortement impactées sur le plan environnemental et des marqueurs précoces des expositions environnementales sont développés.
- Un nouveau type de signalement pour les professionnels de santé «pathologie probablement en lien avec une exposition environnementale» est expérimenté localement.
- Les interventions des CHS et des CEI sont généralisées à toute la région Paca en promouvant la réalisation de visites auprès des médecins et en structurant leur activité.
- Une politique en faveur du développement durable et des bilans environnementaux sont mis en œuvre dans l'ensemble des établissements de santé.
- Le parcours éducatif à la santé mis en place par l'Education nationale intègre systématiquement des sujets liés à la santé environnement.

3.2 VEILLE, SÉCURITÉ SANITAIRE ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

ENJEUX

Les changements profonds actuels observés dans le monde entier tels que l'urbanisation rapide, le réchauffement climatique, la mondialisation des échanges ont des conséquences sur notre quotidien avec l'émergence de nouveaux risques. Ces risques sont à la fois sanitaires (apparition de nouvelles maladies comme par exemple les fièvres hémorragiques d'origine virale, Mers Cov ou encore les arboviroses), environnementaux (telle que l'exposition quotidienne à des agents chimiques, aux particules fines...) et alimentaires (telle que la contamination bactérienne de produits alimentaires produits à grande échelle).

Cette exposition aux risques n'épargne pas notre région dans la mesure où elle est particulièrement impactée par la mobilité des populations ayant une forte attractivité touristique, les deux aéroports internationaux de Marseille et Nice ainsi que les ports facilitant les mouvements de population.

En complément des risques naturels, industriels, technologiques, depuis 2015, le risque d'attentat a amené les acteurs de la santé à envisager de nouveaux scénarii dans la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles (attentat impliquant de nombreuses victimes, présentant des blessures par balle, sur plusieurs sites simultanément...).

Dans le même temps, les mentalités ont évolué, la population est plus exigeante en termes de niveau d'information et moins tolérante à la notion de risques.

Les grands axes stratégiques pour les prochaines années.

- Améliorer la sécurité des patients.
- Renforcer la protection vaccinale de la population.
- Renforcer la prévention des maladies vectorielles.
- Lutter contre l'antibiorésistance.
- Préparer le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Améliorer la sécurité sanitaire des patients.

OBJECTIF 2 : Renforcer la protection vaccinale au niveau régional.

OBJECTIF 3 : Renforcer la prévention des maladies vectorielles.

OBJECTIF 4 : Lutter contre l'antibio-résistance.

OBJECTIF 5 : Préparer le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

OBJECTIF 1 : Améliorer la sécurité sanitaire des patients

- Développer les capacités de traitement des signaux reçus par l'ARS en intégrant les signaux issus des vigilances sanitaires, des phénomènes émergents et la gestion des risques dans l'offre de soins médico-sociale.
- Renforcer la qualité du traitement des signaux sanitaires par la mise en place de procédures validées à l'échelle régionale et la formation de personnel dédié.
- Impliquer les patients dans leur sécurité.

- Mieux coordonner et améliorer l'organisation régionale de la sécurité sanitaire avec un réseau.
- Formaliser l'articulation de l'ARS avec les partenaires (Santé Publique France, URPS, DRAAF, DREAL, DIRECCTE, DDPP, conseils généraux, mairies, ordres professionnels, associations, Structures régionales de vigilances et d'appui).
- Développer la communication autour des missions de veille et de sécurité sanitaire.
- Développer un partenariat spécifique entre l'IHU «Méditerranée infection» et l'ARS Paca afin de développer une culture commune autour de la détection précoce et de la prise en charge des maladies émergentes. Etudier la faisabilité d'installation de «diagnostic POC» (point of care – au chevet du patient) en médecine libérale dans des zones isolées.
- Systématiser les retours d'expérience et les actions correctrices.

OBJECTIF 2 : Renforcer la protection vaccinale au niveau régional

La vaccination permet à chacun de se protéger individuellement des maladies infectieuses graves et de protéger son entourage, notamment les personnes les plus fragiles (nourrissons, femmes enceintes, personnes immunodéprimées, personnes âgées).

L'adhésion à la vaccination de la population de la région Paca est inférieure à celle des autres régions ; la couverture vaccinale (Rougeole, Oreillons, Rubéole) s'élève à 64,4% en Paca contre 67,2% pour la France en 2011. Il demeure des disparités régionales et la couverture vaccinale pour certains vaccins reste insuffisante pour assurer une immunité de groupe.

La stratégie nationale de santé 2018-2023 comporte ainsi les priorités suivantes :

- améliorer l'information des professionnels de santé et du public sur les vaccins ;
- accompagner l'extension des obligations vaccinales à 11 vaccins (ajout de 8 valences supplémentaires protégeant contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type B, infection invasive contre le méningocoque C, infection à pneumocoque et hépatite B en complément des 3 vaccins obligatoires jusque-là-diphthérie, tétanos et poliomyélite) ;
- améliorer l'accessibilité et sécuriser l'approvisionnement en vaccins ;
- renforcer la protection vaccinale contre la grippe des personnes à haut risque ;
- renforcer la protection vaccinale des professionnels de santé.

L'ARS Paca mettra en œuvre les actions suivantes pour décliner les orientations nationales :

- assurer la mise en œuvre des nouvelles obligations vaccinales, en impliquant l'ensemble des acteurs de santé et partenaires concernés ;
- optimiser la vaccination en proposant la vaccination dans les lieux de vie ;
- structurer le parcours vaccinal des personnes avec la médecine libérale et impliquer l'ensemble des professionnels de santé habilités à vacciner en associant les URPS et les Ordres ;
- favoriser des campagnes de vaccination spécifiques sur une population, un territoire, une valence ;
- promouvoir l'accès aux connaissances sur la prévention vaccinale pour les professionnels de santé ;
- communiquer vers le grand public sur l'intérêt de la vaccination dans la lutte contre les maladies à prévention vaccinale ;
- renforcer le respect des nouvelles recommandations vaccinales dans les écoles, crèches et centre de vacances ;
- surveiller l'évolution de la couverture vaccinale.

OBJECTIF 3 : Renforcer la prévention des maladies vectorielles

L'endémicité de la dengue dans de nombreux pays et territoires, et l'émergence du chikungunya en 2005 dans les îles de l'Océan indien et en 2013-2014 dans la zone Amérique, tout comme celle du zika depuis 2015 en Amérique du Sud, témoignent d'une capacité très importante d'implantation de ces maladies, dès lors que le moustique qui les transmet (appelé vecteur) est présent et que la population n'est pas immunisée.

Ces maladies sont transmises à l'homme par les moustiques du genre *Aedes* qui se concentrent dans les zones urbanisées. Leur symptomatologie pénible et souvent très invalidante se traduit par des douleurs articulaires pouvant durer plusieurs mois dans le cas du chikungunya. Aucun vaccin ni traitement curatif spécifique ne sont aujourd'hui disponibles ni pour le chikungunya ni pour le Zika. Des cas de complication médicale ont été rapportés et quelques décès leur sont imputables.

Aujourd'hui, l'ensemble des départements de la région Paca est colonisé par le vecteur *Aedes albopictus* et classé au niveau 1 du plan de lutte contre les arboviroses.

Le risque d'extension du chikungunya, de la dengue et du zika, à partir de cas importés de ces maladies en métropole est réel et la région Paca est une des régions les plus touchées en métropole avec plus de 30% des cas importés signalés en France issus de notre région.

Ces éléments justifient que des mesures de prévention soient prises.

Le préfet définit les zones de lutte contre les moustiques et les modalités de cette lutte. Les Conseils départementaux les mettent en œuvre. En région Paca, la compétence de l'Etat a été déléguée à l'ARS via les protocoles départementaux.

La lutte anti-vectorielle fait partie des dépenses obligatoires des Conseils départementaux et des communes. Il revient aux Conseils départementaux de prévoir le budget de cette lutte et sa répartition entre le budget départemental et les budgets communaux.

Depuis 2015, l'élaboration des arrêtés préfectoraux départementaux de lutte contre les arboviroses est coordonnée par l'ARS et le dispositif a été harmonisé pour tous les départements.

Les foyers épidémiques identifiés en 2017 ont montré que la menace sur le territoire métropolitain de départ épidémique est bien réelle mais peut être rapidement circonscrite pour peu que les moyens mis en œuvre soient bien dimensionnés. Le maintien des capacités d'intervention de l'opérateur public de démoustication présent sur le territoire régional, « Entente interdépartementale méditerranéenne » (EID), est un des facteurs déterminant une bonne mise en œuvre du dispositif et de l'anticipation d'une situation de crise épidémique.

Les axes principaux de travail à venir sur cet objectif sont les suivants :

- garantir la mise en œuvre annuelle des plans de lutte contre les arboviroses sur les départements en lien avec les conseils départementaux et leur opérateur public de démoustication ;
- maintenir une surveillance renforcée des cas suspects signalés sur les territoires ;
- maintenir les capacités d'intervention des opérateurs de lutte anti-vectorielle sur l'ensemble des territoires de la région Paca (financement par les conseils départementaux) ;
- développer la mobilisation sociale auprès des populations pour lutter activement contre les gîtes domiciliaires et l'inciter à se protéger ;
- veiller à la bonne mise en œuvre des obligations du RSI sur les points d'entrée en matière de plan de surveillance des vecteurs.

OBJECTIF 4 : Lutter contre l'antibio-résistance

Ce sujet fait l'objet de mesures spécifiques dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé (CAQES).

Le Haut Conseil de la santé publique 2017 dans sa contribution à la stratégie nationale de Santé préconise de développer massivement la prévention. En matière de lutte contre l'antibio-résistance, il convient de changer les pratiques afin d'éviter des situations d'impasse thérapeutique :

- diminuer la consommation d'antibiotiques afin de tendre vers le niveau de consommation européen, la France ayant une consommation de 30% supérieure du niveau de l'Europe ;
- performer la prescription : action CPAM + ARS ;
- développer les tests d'orientation diagnostic rapide (TROD) pour diminuer la prescription d'antibiotiques mal ciblés ;
- développer de nouveaux produits et alternatives en médecine humaine et animale ;
- mettre en place d'une réponse téléphonique de conseil en antibiothérapie 24H/24 et analyser son activité ;
- poursuivre la création d'équipes mobiles d'hygiène rattachées à des établissements de santé et apportant leur expertise aux établissements de leur secteur qui ont passés convention ;
- structuration l'expertise en hygiène en réseau dans les départements n'en disposant pas encore ;
- vérifier qu'au terme du PRS tous les établissements de santé de court séjour seront en capacité d'analyser leurs résistances au regard de leur consommation d'antibiotiques.

L'émergence des résistances bactériennes est en effet forte progression. La conséquence est une augmentation des journées d'hospitalisation pour la prise en charge des malades souffrant de ces infections résistantes.

Un niveau de consommation antibiotique inquiétant et non maîtrisé est à l'origine de l'antibio-résistance. L'usage d'antibiotiques dans l'élevage animal est fortement responsable. Le rapport de l'ANSM de novembre 2016 relatif à la consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France fait apparaître que la région Paca se situe parmi les régions où la consommation en antibiotiques en ville (30-32 doses/1000 habitants par jour) et en secteur hospitalier est la plus importante.

Ainsi, la démarche d'analyse des consommations d'antibiotiques et des résistances microbiologiques s'intègre dans les politiques de bon usage des antibiotiques et de maîtrise de la résistance bactérienne qui sont évaluées dans les établissements de santé notamment à travers le recueil annuel des indicateurs ICA-BMR et ICATB (arrêté du 6 janvier 2012 relatif aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins)

L'ARS en coordination avec les services de l'assurance maladie se donne ainsi comme objectifs de :

- mobiliser l'ensemble des professionnels ;
- garantir une mise en œuvre effective du conseil en antibiothérapie ;
- mettre en place les actions prioritaires en lien avec les actions de lutte contre les infections associées aux soins ;
- développer le partage d'expérience ;
- garantir une information et une implication du patient sur l'usage raisonné des antibiotiques.

Pour cela, l'ARS a une mission d'animation dans le cadre du réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA) notamment avec l'Omedit et le Centre de prévention des infections associées aux soins Paca (CPias) ; cette animation est un objectif opérationnel majeur et s'inscrit dans la nouvelle organisation consécutive à la récente réforme des vigilances.

OBJECTIF 5 : Préparer le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles

Cette préparation s'appuie sur différents leviers :

- un dispositif opérationnel d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles dit « Orsan » qui a vocation à adapter les parcours de soins des patients et à déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse monter en puissance lors de tous types d'événements. Il doit être articulé avec le dispositif « Orsec » préfectoral ;
- des infrastructures opérationnelles ;
- des moyens humains, formés et équipés ;
- des outils opérationnels et maîtrisés par les acteurs (applicatifs, moyens de transmission...) ;
- un maillage de moyens tactiques à la main des établissements de santé ;
- un plan de formation aux situations sanitaires exceptionnelles des acteurs ;
- un programme d'exercices et d'entraînements avec les autres services (Intérieur, Défense, Environnement, collectivités, justice) pour les établissements de santé.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Aux côtés des professionnels de santé, les citoyens participent à la sécurité sanitaire en utilisant les dispositifs de signalements.
- La prise en charge de patients atteints d'agents pathogènes émergents est améliorée.
- L'accès à la vaccination est facilité et la couverture vaccinale des professionnels de santé et des personnes à risque est renforcée.
- Le carnet de vaccination électronique est généralisé.
- Coordonner l'élaboration annuelle des plans de lutte départementaux contre les maladies vectorielles.
- Le dispositif de veille et de sécurité sanitaire de surveillance renforcée pendant la période d'activité du vecteur est poursuivi.
- Un plan de surveillance des vecteurs au niveau des 3 PET de Paca (aéroport de NICE, Aéroport et port de Marseille) est mis en place.
- La consommation d'antibiotiques a décru.
- Les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux ont développé une culture liée à la sécurisation.

3.3 ORGANISER L'OFFRE DE SOINS À PROXIMITÉ

Permettre à chaque citoyen d'avoir accès à une prise en charge adaptée et de qualité quel que soit l'endroit et le moment où il en a besoin, telle est notre ambition pour les cinq années à venir. Concrètement, il s'agit d'adapter à chaque territoire une offre de santé coordonnée qui permette le meilleur accès des patients à des soins de premier recours, dont les visites à domicile (notamment du fait de la conversion ambulatoire des activités sanitaires et médico-sociales), l'accès gradué à des plateaux techniques.

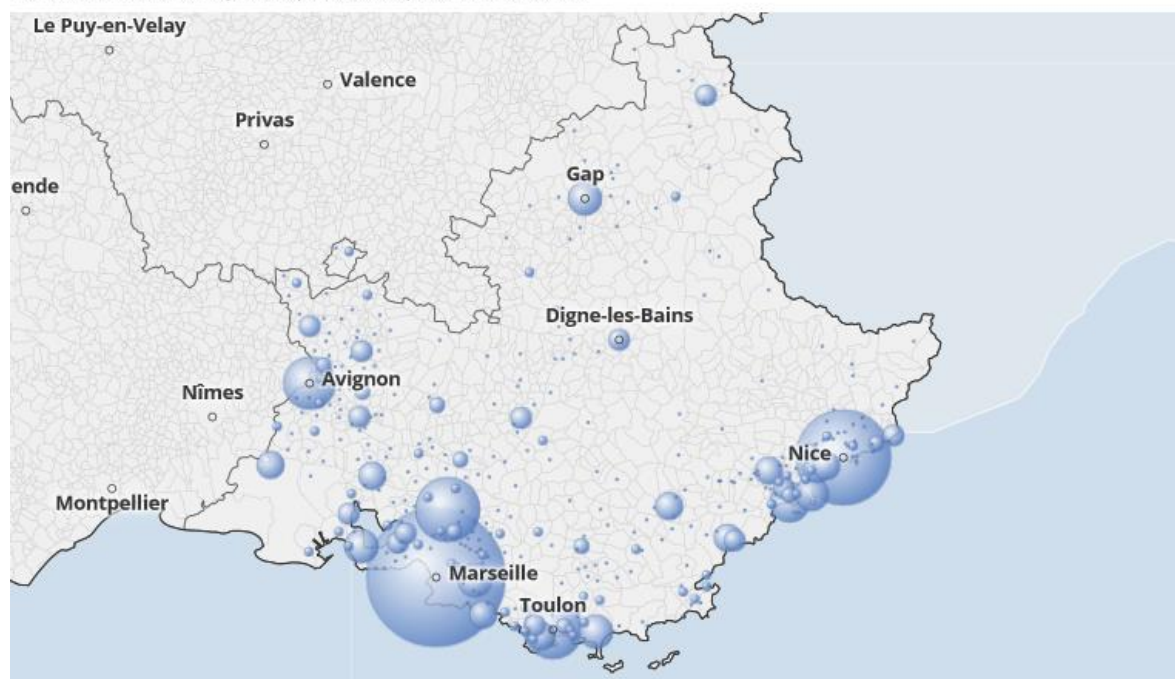
Cette transformation doit se faire en lien avec l'ensemble des partenaires institutionnels, notamment l'assurance maladie, les collectivités et les élus afin de créer les meilleures conditions d'information, d'incitation et d'accompagnement, pour que les professionnels et les opérateurs eux-mêmes se mobilisent et innovent pour améliorer l'accès de nos concitoyens aux prises en charge les plus adaptées.

3.3.1 SOINS DE VILLE ET AMBULATOIRES

CONTEXTE

La région Paca se distingue par des densités de professionnels de santé libéraux supérieures aux moyennes nationales mais elle se positionne au 3ème rang des régions qui enregistrent les plus fortes baisses de densité médicale.

nombre de médecins implantés (tous statuts) - Source : RPPS 2017



Par ailleurs, comme partout en France, les pratiques et les aspirations de certains professionnels de santé libéraux évoluent vers une moins grande amplitude horaire, des

activités plus programmées, des exercices plus regroupés, dans ou à proximité de centres urbains dynamiques.

Enfin, le vieillissement de la population, la complexité croissante des pathologies et les progrès techniques imposent de plus en plus de complémentarité entre les acteurs et des prises en charge coordonnées et pluridisciplinaires.

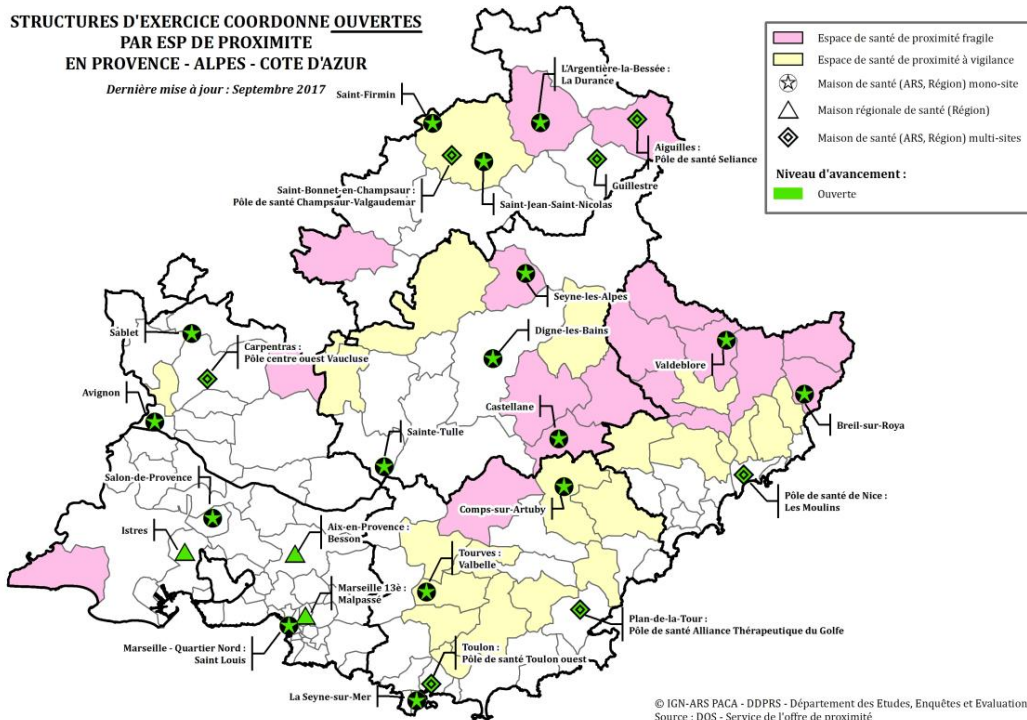
Face à ces tendances qui s'accroissent, le premier projet régional de santé a permis de créer une dynamique sur laquelle nous nous appuyerons dans les cinq années qui viennent.

Ce second PRS vient le compléter. Ainsi, pour aider les professionnels de santé dans la prise en charge et le suivi de patients complexes, l'ARS Paca, a expérimenté des Plateformes territoriales d'appui (PTA). Huit PTA issues de la reconversion de huit réseaux spécialisés couvrant les 2/3 du territoire et de la population de la région ont été mises en place progressivement et déployées par une nouvelle approche axée sur les services plutôt que sur le dispositif. La loi de modernisation de notre système de santé (2016) a reconnu cette modalité d'appui aux professionnels et la généralise ; les PTA ont l'ambition de s'articuler avec les autres dispositifs de coordination qui existent (gestion de cas MAIA,

réseaux de santé, HAD, SSIAD, SAAD, CLIC..).

La réorganisation de l'offre de proximité ainsi que l'évolution des métiers des professionnels concernés sont des prérequis à la réussite du virage ambulatoire de l'offre sanitaire et médico-sociale. Dans ce cadre, les situations à prendre en charge par les professionnels et acteurs de santé sont de plus en plus complexes (enchevêtrement des problématiques médico-sociales, multiplicité et cloisonnement des intervenants auprès du patient...) et nécessitent d'organiser un véritable appui aux professionnels pour la coordination de ces prises en charge qui se pose comme un enjeu fort de transformation de notre système de santé.

Début 2018, 26 maisons de santé pluri professionnelles avaient été mises en place et labellisées dans la région. Pour autant, on il reste encore des freins à leur développement: la lourdeur des démarches administratives, un manque d'information des professionnels de santé sur l'ingénierie (SISA, ACI...), un accompagnement de la part des prestataires encore long et non optimal.



La messagerie sécurisée de santé, le répertoire opérationnel des ressources, les terminaux de coordination, le dossier médical personnel ont jeté les premières bases d'un système d'information partagé qui devra favoriser, par ces échanges, la coordination entre les professionnels et opérateurs de santé et la prise en charge des cas complexes.

ENJEUX

■ **UNE ORGANISATION LISIBLE POUR TOUS (USAGERS ET PROFESSIONNELS DE SANTE) QUI PERMETTE DE DÉLIVRER DES SOINS DE PROXIMITÉ PERTINENTS, DE QUALITÉ ET SÉCURISÉS.**

■ **LE PATIENT AU CENTRE DU PARCOURS : IL CONNAIT LE SYSTÈME DE SANTÉ, L'UTILISE DE FAÇON PERTINENTE, APPREND À MIEUX GERER ET VIVRE AVEC SA MALADIE**

■ **UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DANS LE CHAMP DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ.**

■ **UNE AMÉLIORATION DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ :**

- dans son organisation pour faire face à la démographie médicale, aux changements de pratiques professionnelles, au virage ambulatoire ;
- dans sa continuité et sa permanence de soins ;
- dans l'évolution des métiers des professionnels de santé, vers des compétences renforcées ;
- dans l'appui aux parcours complexes : sont déployées des plateformes territoriales d'appui autour desquelles s'articulent les acteurs de la coordination pour aider les professionnels dans la prise en charge et le suivi des parcours complexes ;
- dans l'utilisation de la e-santé et de la télémédecine.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Accompagner l'évolution des métiers des professionnels de santé.

OBJECTIF 2 : Promouvoir les initiatives et démarches dans le champ de la prévention.

OBJECTIF 3 : Réorganiser l'offre de soins de proximité.

OBJECTIF 4 : Garantir la permanence et la continuité des soins en ambulatoire.

OBJECTIF 5 : Déploiement et réorganisation des services d'appui à la coordination des parcours complexes autour des PTA dans les territoires

OBJECTIF 1 : Accompagner l'évolution des métiers des professionnels de santé

Au regard de la démographie médicale, des changements des pratiques des médecins et des paramédicaux, de la transformation des prises en charge des patients, de l'évolution des maladies et des patients traités et de la séparation trop grande entre les professions médicales et para médicales :

- Mieux intégrer la spécificité des pratiques médicales de ville à la formation des médecins (généralistes et spécialistes) et des paramédicaux avec un axe spécifique sur la diversité des stages (HAD, MSP, cabinets de ville médicaux et paramédicaux etc...). Développer les terrains de stage des étudiants en odontologie et dans les spécialités médicales de ville.
- Impliquer les deux universités de la région dans l'orientation du choix des étudiants vers certaines spécialités médicales déficitaires par le biais de créations de postes d'internes.
- Favoriser « les îlots de formation » permettant aux internes de médecine générale de suivre tout ou partie de leur troisième cycle d'études médicales sur un territoire éloigné de la faculté ;

- Développer le nombre de stages en ambulatoires et augmenter le nombre de maîtres de stages universitaires).
- Renforcer la formation pluri-professionnelle initiale et continue des professionnels de santé afin d'accompagner l'évolution de leurs pratiques et en particulier dans le champ de la prévention.
- Mieux faire connaître les compétences des différents professionnels de santé de proximité auprès des autres professionnels, des acteurs et des usagers et les faire évoluer.
- Mettre en place, en lien avec les facultés de médecine, des dispositifs de recherche en soins primaires avec la création de maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé universitaires.
- Promouvoir les activités des remplaçants par le contrat de PTMR mais également les statuts de médecins d'adjoint en cas d'afflux exceptionnel de patient, les contrats de collaborateurs. Créer une plate-forme de dialogue remplaçants- médecins.
- Développer les délégations de tâches pour les infirmiers, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les orthoptistes et les biologistes.
- Favoriser l'extension du champ d'intervention des infirmiers, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des orthoptistes et des biologistes :
 - Accompagner le développement des infirmiers de pratique avancée (master, maladies chroniques stabilisées, cancérologie, néphrologie), afin de faciliter leur intégration et de permettre des innovations dans la prise en charge des patients concernés. Repérer et évaluer les pratiques innovantes afin de permettre la diffusion des bonnes pratiques.

OBJECTIF 2 : Promouvoir les initiatives et démarches dans le champ de la prévention

- Développer les actions de prévention (ex : promouvoir la vaccination, le sport santé) et d'éducation thérapeutique dans les structures d'exercice coordonné, dans les cabinets de groupe libéraux, étendre le dispositif Asalee - Action de santé libérale en équipe – (éducation thérapeutique du patient (ETP) et actions dérogatoires dans des cabinets libéraux).
- Expérimentation d'une équipe mobile d'ETP.
- Renforcer le rôle des professionnels de santé de proximité en dehors des médecins généralistes (pharmaciens, biologistes, infirmiers, kinésithérapeutes) dans le repérage précoce et le dépistage.
- Soutenir la recherche en prévention en lien avec les départements universitaires de médecine générale.
- Inciter et soutenir les projets innovants dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé :
 - information aux patients via les outils numériques sur l'éducation à la santé, la prévention dans les cabinets ou structures d'exercice coordonné : création d'une bibliothèque disponible via le Wi-Fi des salles d'attente ;
 - mise à disposition de locaux pour les professionnels de santé afin d'animer des réunions d'information auprès de leurs patients.
- Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, développer des actions de proximité auprès des populations ciblées et des aidants et notamment dans les structures :
 - formation des directions, personnels des établissements d'hébergement et des aidants à l'hygiène bucco-dentaire ;
 - création de poste de référent «hygiène bucco-dentaire» par structure d'accueil (avec une formation initiale et continue de ces référents axée sur la prévention primaire – information, sensibilisation aux risques généraux et spécifiques des personnes fréquentant ces structures, enseignement des recommandations d'hygiène bucco-dentaire particulière, etc...) et la prévention secondaire bucco-dentaire (dépistage précoce des pathologies bucco-dentaires spécifiques les plus fréquentes) afin de

pouvoir les adresser rapidement et de façon pertinente à un chirurgien-dentiste en cas de besoin ;

- création d'un bilan buccodentaire en entrée en structure et des consultations de dépistage systématique à intervalle régulier, à partir d'une évaluation systématique.

OBJECTIF 3 : Réorganiser l'offre de soins de proximité

Afin de pallier la baisse du nombre de médecins et de certains PS, la disparité de leur lieu d'installation, l'évolution des besoins de prise en charge :

- **Elaboration du zonage pour les médecins** (en cours pour les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes) afin d'identifier les zones sous-denses où le professionnel qui souhaite s'installer peut bénéficier d'aides à l'installation.
- **Réaliser, par département, un état des lieux avec une dimension prospective, des médecins en activité** tant en ville qu'en établissements de santé afin de pouvoir ainsi déterminer les besoins d'implantation.
- **Assurer une veille territoriale sur les zones en difficultés** afin d'anticiper les situations à risque et promouvoir des dispositifs innovants permettant l'installation de professionnels de santé.

A ce titre, la loi de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne du 28 décembre 2016, dite « loi Montagne », souligne la nécessité de **prendre en compte les spécificités des zones de montagne** : les besoins de santé des populations, les spécificités géographiques, démographiques et saisonnières. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, tous les départements, à l'exception des Bouches-du-Rhône, comprennent des communes classées en zone de montagne (533 communes représentant 8 % de la population régionale). La labellisation des cabinets de montagne, l'évolution des hôpitaux locaux, le développement de la télémédecine dans les stations de montagne ou encore la formation de médecins correspondants SAMU constituent des pistes envisagées pour renforcer l'accès aux soins dans ces territoires.

- **Soutenir l'installation des médecins en exercice coordonné** : promouvoir la création de MSP, de CDS, de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (une nouvelle organisation de travail : regroupement d'acteurs de santé médicaux, médico-sociaux, sociaux sur un territoire dont les missions sont centrées sur l'organisation des soins et sur les réponses aux besoins de ce territoire). Amélioration de leur accompagnement, formation des coordonnateurs avec une réflexion sur ce métier, information sur l'ACI afin d'augmenter les adhésions ; aides au démarrage des projets de structures d'exercice coordonné.
- **Promouvoir la mise en place d'un comité régional des coordonnateurs de CPTS** afin d'échanger sur les bonnes pratiques, les protocoles mis en place, les difficultés rencontrées, les retours d'expérience positifs.
- **Encourager l'implantation de centres de santé polyvalents dans les zones sous-dotées.**
- **Développer les activités mixtes des médecins** : hôpital- MSP/CDS type **d'assistants universitaires en médecine générale (AUMG)** ou praticien hospitalier-libéral avec une évaluation des besoins tant au niveau des hôpitaux de proximité qu'au niveau des structures d'exercice coordonné.
- **Développer les postes d'assistants universitaires en médecine générale** qui travaillent 50% pour l'université - 50% en structures d'exercice coordonné soit comme collaborateurs, soit comme remplaçants, soit installés dans des zones fragiles ou déficitaires, développer les postes de chefs de clinique universitaires et les postes d'assistants spécialistes généralistes ou spécialistes, partagés 50 % hôpital 50% structures d'exercice coordonné.
- **Mettre en place une organisation innovante au sein des cabinets**, des structures d'exercice coordonné où les professionnels de santé non médecins s'occuperont selon leurs compétences de l'orientation des patients ainsi que de certains soins spécifiques déterminés

- à l'avance (délégations de tâches). Ces pratiques permettront d'optimiser le temps médical et de réduire les délais d'attente de rendez-vous.
- **Permettre l'accès des chirurgiens-dentistes aux nouveaux modes de prise en charge** MEOPA, CAD-CAM pour CFAO, hypnose, AGSI...
 - **Assurer l'accès aux soins urgents à moins de 30 minutes par l'augmentation du nombre de médecins correspondants du SAMU**, par une expérimentation avec des infirmiers aidés par la télémédecine dans des zones où l'accès aux soins est difficile ; permettre une expérimentation, sur les territoires éloignés d'une maternité, pour avoir recours à des « sages-femmes correspondantes au SAMU » (sur le même principe que les médecins correspondants au SAMU) en cas d'urgence obstétricale ou obstétrico-pédiatrique.
 - **Promouvoir une meilleure coordination des différents professionnels de santé** : médecins, pharmaciens, biologistes, kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, sages-femmes afin de favoriser le maintien à domicile des personnes.
 - **Développer l'utilisation de la télémédecine avec de la téléconsultation et de la téléexpertise**, y compris en ce qui concerne les soins dentaires.
 - **Renforcer les liens avec nos partenaires institutionnels et les associations d'usagers.**
 - S'appuyer sur les CCOP (commission de coordination de l'offre de soins de proximité) régionales et départementales en lien avec le comité technique des financeurs.
 - Mettre en place un groupe de travail afin d'échanger sur les actions menées par les différents partenaires de l'ARS : les URPS, le Conseil départemental, le conseil régional, les Cnam, le conseil de l'ordre.
 - **Mettre en place un guichet unique d'information, d'orientation et d'accompagnement** des professionnels de santé (PS) qui pourra se décliner au niveau territorial par des réunions dans les délégations (une par mois) si besoin :
 - afin de simplifier les démarches administratives d'installation, il y aura une seule porte d'entrée pour les PS en lien avec nos partenaires (les URPS, les conseils de l'ordre, les Cnam, l'Urssaf, le CR, la CARMF, la CARPIMKO) ;
 - afin d'aider des professionnels de santé en cours de réorientation professionnelle (évolution vers un exercice coordonné), en difficultés dans la pratique de leur exercice,
 - afin de répondre aux questions des professionnels de santé confrontés au départ à la retraite : cumul emploi/retraite, cessation d'activité.

OBJECTIF 4 : GARANTIR LA PERMANENCE ET LA CONTINUITÉ DES SOINS EN AMBULATOIRE

- **Procéder à une évaluation de la PDSA** dans ses trois composantes en liaison étroite avec les services des urgences et les SAMU :
 - régulation libérale ;
 - astreintes médicales et activités ;
 - maisons médicales de garde.
- **Faciliter la permanence et la continuité des soins en journée** par le biais de consultations non programmées de médecine générale dans les maisons de santé pluri professionnelles, les cabinets de ville, les maisons médicales de garde, ou dans des lieux à proximité des services d'urgences.
- **Inciter les cabinets de médecine générale et dentaires à réaliser des permanences le samedi matin** en mutualisant avec d'autres cabinets.
- **Ouvrir la permanence des soins dentaires dans les établissements sanitaires publics et privés** et dans les centres de santé dentaire (jusqu'à 00h et le samedi).
- **Rendre possible l'accès de soins dentaires en urgence dans au moins une grande ville par département** : ces établissements pourraient accueillir des praticiens libéraux/hospitaliers pour assurer cette prise en charge.

- **Organiser le lien ville/hôpital** afin d'améliorer la prise en charge des patients entrant et sortant de l'hôpital et de mieux appréhender le «virage ambulatoire» :
 - préparer l'amont et l'aval de l'hospitalisation avec les services hospitaliers et les professionnels libéraux afin de mieux anticiper et organiser le retour à domicile et la prise en charge libérale ;
 - Mettre en place une organisation de la sortie via un coordonnateur qui vérifie les lettres de sortie, les ordonnances de sortie, les contacts pris avec le médecin-pharmacien-IDE s'occupant du patient à sa sortie, mise à disposition des dossiers hospitaliers à destination des médecins de ville ;
 - concevoir une formation interprofessionnelle permettant d'avoir une culture commune en lien avec l'évolution des pratiques dans le cadre du virage ambulatoire et du développement de la RAAC notamment.
- **S'appuyer sur un système d'information permettant la coordination** : dossier médical partagé informatisé, messagerie sécurisée etc. qui permettent la communication et le transfert d'informations entre professionnels de santé (médecins traitants et professionnels médicaux libéraux, médecins hospitaliers, pharmaciens d'officine, et professionnels paramédicaux libéraux, ainsi que les chirurgiens-dentistes) sur l'état de santé du patient, son traitement et sa prise en charge à l'hôpital et à sa sortie.
- **Mieux organiser les relations entre les PS et les HAD** : rôle du médecin traitant, du pharmacien, du kinésithérapeute et de l'infirmière libérale, permanence des soins.
- **Articuler les professionnels libéraux et les établissements de santé avec les PTA.**
- **Former les PS libéraux sur les prises en charges spécifiques des patients** (ex : chimiothérapie orale).
- **Former les chirurgiens-dentistes à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, des personnes en situation de handicap et des personnes précaires, à l'utilisation des nouvelles technologies.**
- **Mettre en œuvre une offre de soins graduée en matière de soins dentaires dans les institutions**, à domicile :
 - développer l'accès aux soins dentaires sous anesthésie générale, sédation, imagerie médicale et technologies numériques adaptées aux vulnérabilités des patients traités par la mutualisation/mise à disposition de plateaux techniques hospitaliers à l'attention des chirurgiens-dentistes (identifier un établissement référent par bassin de population en association avec les libéraux ;
 - mettre à disposition l'expertise de certains chirurgiens-dentistes au service des autres chirurgiens-dentistes ;
 - identifier un chirurgien-dentiste référent par structure d'accueil ;
 - intégrer systématiquement l'aspect buccodentaire dans les projets d'établissement des structures d'accueil.

OBJECTIF 5 : Déploiement et réorganisation des services d'appui à la coordination des parcours complexes autour des PTA dans les territoires

- **Aboutir à des organisations territoriales proposant une offre de services d'appui à la coordination des parcours complexes** (information, orientation, activation des expertises, aides aux démarches administratives et aides sociales, évaluation, appui à la planification et à la coordination des prises en charge, suivi, etc.), autour des PTA comme porte d'entrée unique. Cette offre de services d'appui doit être harmonisée, lisible, articulée et de qualité :
 - Mailler intégralement le territoire régional en PTA et accompagner le déploiement des PTA et leur montée en charge (harmonisation des pratiques, professionnalisation, communication). Les positionner notamment dans le virage ambulatoire et travailler le lien PTA-urgences,

- Garantir la continuité régionale de la réponse PTA jusqu'à 20h,
 - Passer d'une logique de dispositifs (réseaux de santé, CLIC, Maia, Prado...) à une logique de services apportés à tous les professionnels de santé (et notamment libéraux) ainsi qu'aux patients et à leurs aidants,
 - Rendre lisible pour les professionnels et acteurs de santé l'organisation des services d'appui autour des PTA,
 - Garantir une accessibilité aux PTA et aux services d'appui sur tout le territoire régional et pour l'ensemble des professionnels (sanitaires, médico-sociaux et sociaux),
 - Déployer une démarche qualité au sein des PTA et des services d'appui à la coordination (culture commune du travail en mode projet, harmonisation des pratiques, formalisation et diffusion des bonnes pratiques, professionnalisation, pilotage de la performance et satisfaction des utilisateurs),
 - Proposer un modèle économique soutenable et efficient.
- **Accompagner l'évolution des réseaux de santé spécialisés** pour les inscrire dans les orientations stratégiques et opérationnelles de leur champ de compétences.
 - **Mettre en place une veille territoriale des parcours complexes** dont les PTA ont la responsabilité de remonter les points de ruptures de parcours, les dysfonctionnements, les problématiques et les initiatives professionnelles.
 - **Contribuer activement à une meilleure lisibilité et organisation des acteurs et professionnels** en s'appuyant sur la fonction de pilotage Maia et une culture commune de la conduite de projet territorial.
 - **Favoriser la coordination entre les acteurs de proximité et les établissements de santé** par la mise en place d'un système d'information partagée et de messageries sécurisées.
 - **Accompagner le développement de la e-santé dans la formation des professionnels et acteurs de santé**, leur exercice quotidien, l'information et l'éducation à la santé de l'utilisateur.
 - **Renforcer l'information de l'utilisateur** pour qu'il comprenne mieux l'organisation du système de santé, l'utilise de façon pertinente et devienne acteur de son parcours de santé.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Les patients sont mieux pris en charge et accompagnés grâce à l'expertise pluridisciplinaire offerte dans les structures d'exercice coordonné.
- Les actions de prévention sont renforcées et mieux ciblées ; des dépistages précoces sont proposés.
- Les pratiques professionnelles sont adaptées aux spécificités des territoires.
- L'offre d'appui à la coordination dans les territoires est renforcée, l'activité des médecins est recentrée sur des prises en charge nécessitant leur expertise
- Les hospitalisations et les passages aux urgences inutiles et évitables ont diminué.

3.3.1 HOSPITALISATION À DOMICILE

CONTEXTE

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer, au domicile du patient, des soins médicaux continus et coordonnés. Ils se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes. L'HAD peut se faire soit directement au domicile, soit après un passage aux urgences ou en sortie d'hospitalisation ou de SSR.

L'intervention de l'HAD dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est une modalité en développement, qui a pour avantage d'éviter au patient âgé fragile une rupture avec son environnement et de soulager les équipes soignantes de l'Ehpad sur des soins lourds.

Dans de multiples situations telles que les maladies chroniques, les soins palliatifs, la pédiatrie, les accidents vasculaires cérébraux, l'hospitalisation à domicile permet une meilleure prise en charge.

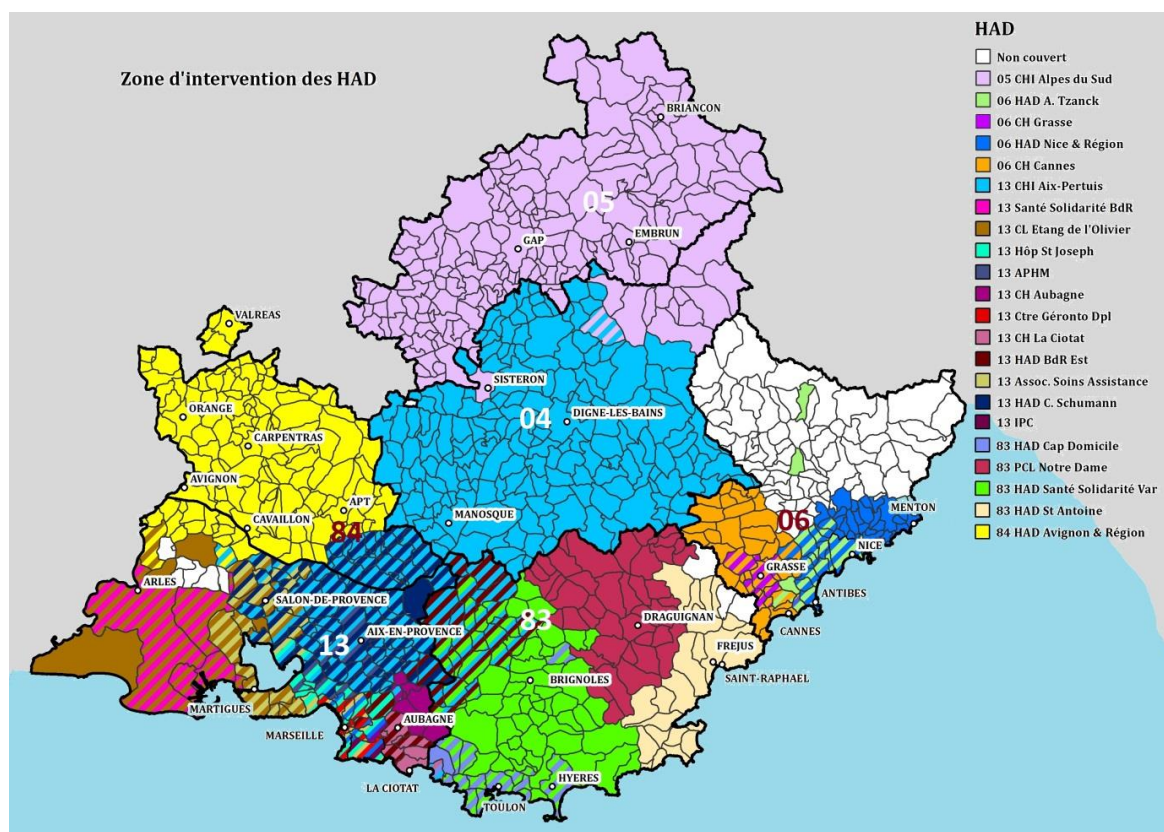
Elle permet également une proximité avec les aidants, en particulier :

- pour le sujet âgé fragile qui perd vite son autonomie lorsqu'il est alité, et se dénutrit facilement à l'hôpital ;
- pour le patient handicapé pour lequel une organisation spécifique est souvent mise en place au domicile ou en institution (appareillage, domotique...) ;
- pour l'enfant qui reste proche de ses parents et de sa fratrie ;
- pour le patient avec des séquelles d'AVC qui peut bénéficier d'une rééducation à domicile et de soins de nursing pouvant être de longue durée et impacter la durée de séjour des structures de court séjour hospitalier ;
- pour le patient atteint de cancer qui peut bénéficier au domicile d'une prise en charge par des soins de support nécessitant une HAD ou une prise en charge médicalisée de sa fin de vie ...

Données de cadrage

En région Paca, 23 HAD sont implantées sur le territoire comprenant douze structures privées et onze structures publiques et ESPIC. Les structures HAD sont réparties de façon non homogène sur le territoire.

Territoires de santé	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	Paca
Nombre de structures HAD	0	1	4	13	4	1	23
Dont nombre de structures publiques ou Espic	0	1	2	7	0	1	11
Dont nombre de structures privées	0	0	2	6	4	0	12



Les différences statutaires induisent aussi des différences de fonctionnement, et révèlent une hétérogénéité des organisations et des pratiques.

Douze HAD sont adossées à un établissement de santé.

C'est le cas de toutes les structures publiques et Espic (sauf 1 Espic) ainsi que deux HAD privées. Onze HAD ne sont pas adossées à un établissement de santé, pour la très grande majorité des structures privées et un ESPIC.

Certaines HAD sont dotées d'une pharmacie à usage interne (PUI). Pour la plupart ce sont celles adossées à un établissement de santé. Les autres fonctionnent avec les officines de ville.

En matière de recrutement, la plupart des HAD (sauf 4) ont un fonctionnement mixte employant à la fois des infirmières salariées et ayant des conventions avec des infirmières libérales. Les structures privées travaillent majoritairement avec des infirmières libérales avec lesquelles elles conventionnent. Les structures publiques travaillent avec des infirmières salariées et développent moins de conventions avec les infirmières libérales, ce qui peut être un frein à leur extension territoriale.

L'enquête réalisée en 2017 auprès des structures de Paca a confirmé la pluridisciplinarité du personnel titularisé en HAD et des modalités de prise en charge, associant plusieurs types de professions paramédicales libérales.

Quelques caractéristiques de l'activité des structures HAD en Paca

Indicateurs de la circulaire 04/12/2013 (intitulé)	Année	Paca	France
Nombre moyen de patients/jour/100 000 habitants	2015	19.7	19.3
	2016	19.1	20.2
Taux brut de journées d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (val. Cible = 1,2)	2015	0.8	1.3
	2016	0.7	1.4
Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète (val. Cible = 74)	2015	37.9	43.3
	2016	37	46.2
Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO+SSR) (en %)	2015	59.3	67
	2016	62.7	63
Part des séjours en HAD à partir du domicile (en %)	2015	34.7	29.7
	2016	30.1	33.1
Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux	2015	14.4	5.1
	2016	16.6	5.7
Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité global d'HAD (rééducation neurologique ou chimiothérapie anticancéreuse ou soins palliatifs) (en %)	2015	22	27.1
	2016	21.6	27.9
Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	2015	65.2	82.4
	2016	73.9	82.2
Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	2015	79	88.4
	2016	87.3	88.5
Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	2015	91.3	89.6
	2016	91.3	89.6
Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	2015	89.4	92.8
	2016	92.8	93.4

Le mode de sortie des patients reflète le poids des patients pris en charge avec une part non négligeable de décès. Les soins palliatifs, les pansements complexes, et les soins de *nursing* lourds sont les trois principaux modes de prise en charge par les structures HAD en région, comme en France.

Certaines HAD sont polyvalentes, d'autres plus orientées sur des prises en charge spécifiques (patients âgés en EHPAD, surveillance des patients atteints de cancer). Les activités réalisées par les HAD sont ainsi très hétérogènes en fonction des territoires, et certaines prises en charge non couvertes par des HAD dans certains territoires. C'est le cas en particulier pour les soins palliatifs, pour les prises en charge pédiatriques et la prescription de chimiothérapies en HAD.

Des difficultés connues et des évolutions réglementaires attendues

La tarification actuellement en place ne favorise pas la prise en charge de certaines situations: plusieurs HAD ont ainsi cessé des prises en charge insuffisamment rentables.

- Des évolutions règlementaires récentes ou annoncées, doivent permettre d'accompagner l'évolution des structures de HAD : l'assouplissement de la répartition des missions entre médecins traitants, médecins coordonnateurs d'HAD et médecins coordonnateurs d'EHPAD pour faciliter l'ajustement des prescriptions à l'évolution de l'état de santé des patients (décret du 5 mai 2017) :
 - o la production fin 2017 par la HAS, d'un algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD,
 - o l'intervention conjointe SSIAD et HAD auprès des mêmes publics pour assurer leur maintien au domicile, (décret annoncé pour le premier semestre 2018),
 - o la réforme de la tarification de l'HAD est prévue pendant la durée du présent PRS.

ENJEUX

La difficile coordination des intervenants au domicile du patient, dans un contexte concurrentiel avec les prestataires et les différents intervenants du 1^{er} recours (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, aides à domicile, ...).

Certaines sociétés de prestation de services sont en concurrence directe avec les HAD et satisfont les professionnels par leur réactivité. En revanche, elles n'ont pas les mêmes missions que l'HAD : elles n'assurent pas les prises en charge complexes ou encore la continuité des soins.

Le travail avec les professionnels libéraux est encore peu fluide : les médecins traitants dont le rôle est reconnu dans ce dispositif, manquent de disponibilité. Les prises en charge au domicile peuvent se révéler très complexes, alors même que certains personnels nécessaires ne sont pas disponibles (infirmiers, kinésithérapeutes)

Cette difficile coordination peut être à l'origine de points de rupture dans le parcours de santé des patients. Par exemple, après le passage aux urgences, certains patients complexes pourraient bénéficier d'une entrée directe en HAD, et ainsi éviter une hospitalisation complète, surtout lorsqu'ils sont en EHPAD. Les prises de relais sont à améliorer après les séjours HAD, avec parfois la nécessité de s'assurer de l'effectivité de l'intervention d'un SSIAD ou du passage d'une infirmière libérale.

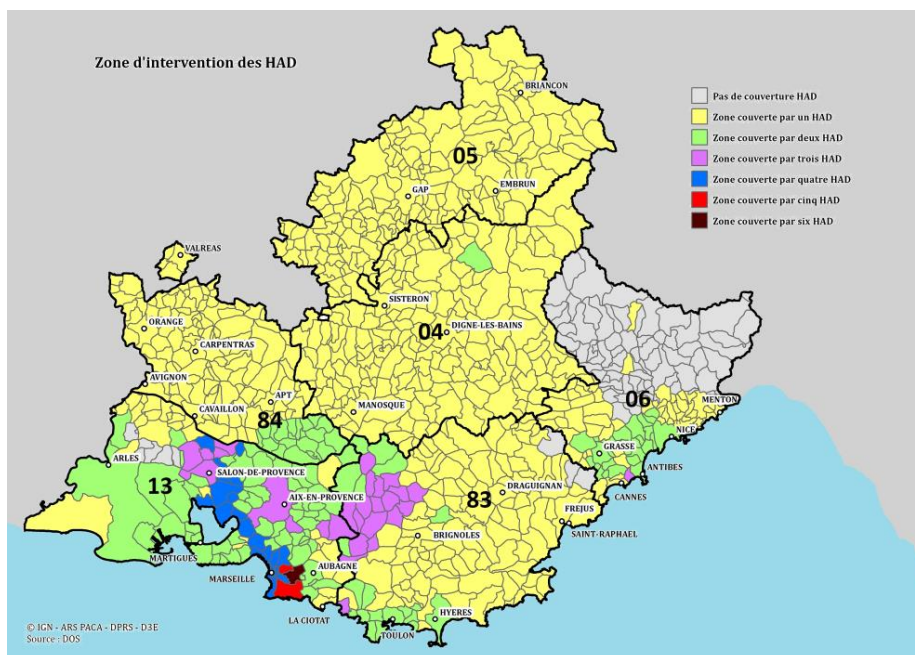
La lisibilité de l'offre en HAD est encore trop faible, notamment au sein du répertoire opérationnel des ressources.

DES ASTREINTES MÉDICALES INSUFFISANTES.

Les pratiques des structures et leurs interprétations des textes sur les astreintes dans notre région sont hétérogènes. Ainsi, si certaines structures ont mis en place des astreintes médicales rémunérées par l'HAD, plusieurs autres opposent le rôle premier du médecin traitant ou du centre 15, considérant que les services de HAD ne sont règlementairement pas tenus de mettre en place une astreinte médicale permanente. Lors du séjour en HAD, certains patients peuvent voir leur séjour interrompu par un passage aux urgences, situation qui aurait pu être évitée avec un dispositif d'astreinte médicale disponible 24/24h, surtout dans des situations d'accompagnement de fin de vie.

L'HÉTÉROGÉNÉITÉ ET LE MANQUE DE VISIBILITÉ DES ZONES D'INTERVENTION DES HAD

Certaines zones du territoire régional ne sont pas couvertes, comme l'arrière-pays niçois ou encore les zones montagneuses des Alpes-de-Haute-Provence. Sur d'autres zones, elles sont en superposition et donc en concurrence directe, comme dans le sud des Bouches-du-Rhône, ou encore sur la bordure côtière (limite ouest) des Alpes-Maritimes.



LA COORDINATION NÉCESSAIRE DE LA PLACE DES HAD DANS LE PARCOURS DE SANTÉ DU PATIENT

Pour consolider leur place et dans le contexte de réduction des durées de séjour, les HAD ont des marges de progression dans leurs organisations, notamment dans la rapidité de la réponse apportée. En 2017, le délai moyen d'intervention à compter de la demande est de 36 h avec des délais déclaratifs entre 24 et 72h.

Les structures font part de leurs difficultés de transmission de l'information par les structures et professionnels qui adressent les patients. En 2017, seules 16 HAD avaient un dossier informatisé et 12 un accès à une messagerie sécurisée.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Positionner les HAD pour fluidifier le parcours du patient.

OBJECTIF 2 : Améliorer l'efficacité des structures d'hospitalisation à domicile.

OBJECTIF 3 : Homogénéiser la couverture territoriale dans leur polyvalence et dans leurs spécialités.

OBJECTIF 4 : Améliorer la qualité.

OBJECTIF 1 : Positionner les HAD pour fluidifier le parcours du patient

- Favoriser l'accès à l'HAD, en particulier la prise en charge directe au domicile, en Ehpad ou à partir des urgences.

- Développer l'usage des outils numériques (e-santé, télémédecine) pour améliorer la transmission d'information entre les structures d'hospitalisation, le médecin traitant, l'infirmier libéral et la structure : par l'utilisation de la messagerie sécurisée et le partage des informations du dossier HAD ou encore par le développement de la télémédecine, qui pourra être un moyen efficace d'améliorer la couverture dans les zones reculées montagneuses, en garantissant le lien avec les structures HAD et centres hospitaliers des zones urbaines (par exemple : arrière-pays niçois).
- Développer les prises en charge en HAD en appui à des parcours complexes, afin qu'elles deviennent le recours pour les HAD polyvalentes, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques (critères HAS) : pédiatrie, obstétrique (grossesse pathologique, post-partum pathologique), soins palliatifs avec la prise en charge de la douleur. Pour cela, des coopérations doivent être mises en place avec les différents réseaux de périnatalité, les équipes de pédiatrie, les réseaux de soins palliatifs et les équipes mobiles externes de soins palliatifs.
- Poursuivre le développement du recours aux HAD en établissements sociaux et médico-sociaux pour améliorer l'efficacité de prise en charge des âgés dépendants et des patients handicapés, par l'intervention en maison d'accueil spécialisée ou en foyer d'accueil médicalisé.
- Promouvoir ce type de prise en charge auprès des patients, des professionnels libéraux, des professionnels hospitaliers ceci afin d'étendre dans les 10 ans, la place de l'HAD dans la culture médicale, et sociétale.
- Augmenter la réactivité de la mise en place des interventions des HAD. Un travail d'identification des freins, en particulier sur le plan informatique, doit permettre de réduire les délais d'intervention. Le développement des liens par messagerie sécurisée et par la e-santé plus généralement seront sollicités.

OBJECTIF 2 : Améliorer l'efficacité des structures d'hospitalisation à domicile

- Améliorer la lisibilité de l'offre de structures d'hospitalisation à domicile, ceci afin de faciliter la prescription de ce mode d'intervention. Pour cela, des outils seront développés pour permettre une meilleure lisibilité des zones d'intervention des structures HAD, leurs degrés de polyvalence et de spécialités, par exemple sous la forme d'un guichet téléphonique unique. La mise en place de ce guichet téléphonique unique se fera en cohérence avec les dynamiques actuelles de coopération dans les territoires, notamment au niveau des plateformes territoriales d'appui. Ce guichet sera articulé avec le ROR au niveau duquel la lisibilité et la disponibilité des HAD sera améliorée.
- Anticiper l'aval de la prise en charge en HAD, en établissant des coopérations avec l'ensemble des professionnels de la ville, les médecins prescripteurs, les SSIAD, les Ehpad et les ESMS PH.
- Sensibiliser les prescripteurs à une démarche d'anticipation de sortie en HAD. Parmi d'autres démarches, l'amélioration de la pertinence des transferts et admissions en HAD sera un critère de pertinence intégré dans les Cpom des établissements de santé (en particulier des services de courts séjours hospitaliers) et dans les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire avec un objectif de taux de recours aux HAD. La mise à disposition récente par l'ATIH et l'ANAP de l'outil ORFEE-HAD constituera un appui pour fixer ces objectifs.
- Proposer des coopérations-rapprochements entre les HAD notamment dans le cadre de l'élaboration des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoires.
- Envisager le regroupement des petites structures afin de garantir une offre pérenne et de qualité.

- Améliorer la continuité des soins :
 - o En favorisant des astreintes médicales téléphoniques qui pourront être mutualisées
 - o En formalisant pour chaque HAD une procédure qui décrit l'organisation adaptée de la continuité des soins.

OBJECTIF 3 : Homogénéiser la couverture territoriale dans leur polyvalence et dans leurs spécialités

- Revoir la répartition géographique des zones couvertes par chacune des HAD, selon leur degré de polyvalence et de spécialité.
- Améliorer le maillage territorial dans l'offre de soins de spécialité en particulier pour les soins palliatifs, la pédiatrie, périnatalité, la chimiothérapie éventuelle. Pour garantir un niveau de recours, mettre en œuvre les collaborations avec des HAD polyvalentes mais disposant d'une compétence spécialisée par le biais de formations et d'un compagnonnage.
- Apporter une réponse à la problématique des vallées éloignées et des zones montagneuses en développant des antennes en lien avec les structures de premier recours installées dans des zones d'accès difficile : maisons de santé pluri-professionnelles, hôpitaux locaux de proximité,...

OBJECTIF 4 : Améliorer la qualité

- Anticiper et accompagner l'évolution des métiers avec une amélioration de la formation des médecins généralistes et des paramédicaux libéraux pour la prise en charge de patients en HAD : soins palliatifs, périnatalité, grossesses à risque,....
- Expérimenter de nouvelles organisations alliant la coordination HAD avec les SSIAD. Ceci permettrait de faire bénéficier au personnel des SSIAD de formations organisées par les HAD concernées, et ainsi améliorer les compétences pour intervenir au domicile, en soins palliatifs, en gériatrie, pour les pansements complexes, la pédiatrie....

RÉSULTATS ATTENDUS

A court terme

- Augmentation du nombre de patients pris en charge avec un seuil proche de 30/j/100 000 habitants.
- Augmentation de la part des séjours HAD/100 séjours d'HC et des journées d'HAD/1 000 journées d'HC dans les 5 ans.
- Satisfaction des patients et des médecins traitants (questionnaires).

A moyen terme

- Augmentation du nombre de prises en charge à partir des urgences et du domicile.
- Augmentation de la part des modes de prises en charge spécialisée (soins palliatifs, rééducation neurologique, grossesses à risque, périnatalité, pédiatrie, chimiothérapie).

A long terme

- Impact sur la diminution des hospitalisations complètes réservées aux situations complexes nécessitant un plateau technique de haut niveau.
- Amélioration de la formation en médecine générale avec la prise en charge en hospitalisation à domicile en favorisant un «compagnonnage» entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant pour les situations spécifiques et spécialisées (ex soins palliatifs).

3.3.1 SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Un secteur stratégique pour une mission clé

Depuis 10 ans, la place des SSR s'est accentuée pour devenir un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unité de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social, lui conférant ainsi la mission clé de participation à l'animation des filières de prise en charge. Sa position le met en situation de devoir faire face aux évolutions de son environnement et de jouer un rôle grandissant dans la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques (suivi au long cours, bilans, éducation thérapeutique) en particulier grâce à la possibilité d'admissions directes en SSR, permettant de fluidifier le parcours et d'éviter des transferts itératifs pour les patients.

L'activité de soins de suite et de réadaptation concerne des actes à visée diagnostique et thérapeutique, des actes de rééducation et de réadaptation, la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement à la réinsertion globale du patient. L'objectif est « l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place ¹⁹ ».

Elle est réglementée par les décrets n° 2008-376 et n° 2008-377 du 17 avril 2008 qui permettent de distinguer des niveaux de prises en charge spécialisées et d'intensité variable selon plusieurs catégories d'affections et faisant ainsi l'objet de mentions complémentaires à l'autorisation.

CONTEXTE

NOTE DE LECTURE

La réforme du financement du secteur SSR a été lancée en 2017, les effets n'en sont pas encore mesurés mais pourraient avoir un impact en termes de soutenabilité financière pour certains établissements de santé. De plus, des évolutions sont susceptibles d'être apportées à cette réforme voire une transformation des modalités de tarification (par exemple forfait à l'épisode de soins). Le recentrage de l'hôpital sur son cœur de métier (soins aigus) rend indispensable une bonne organisation des soins de suite pour appuyer le "virage ambulatoire". Aussi, les orientations proposées dans le présent document sont centrées sur la qualité des prises en charge de patients, quelles que soient les évolutions de la réforme du financement du SSR à venir.

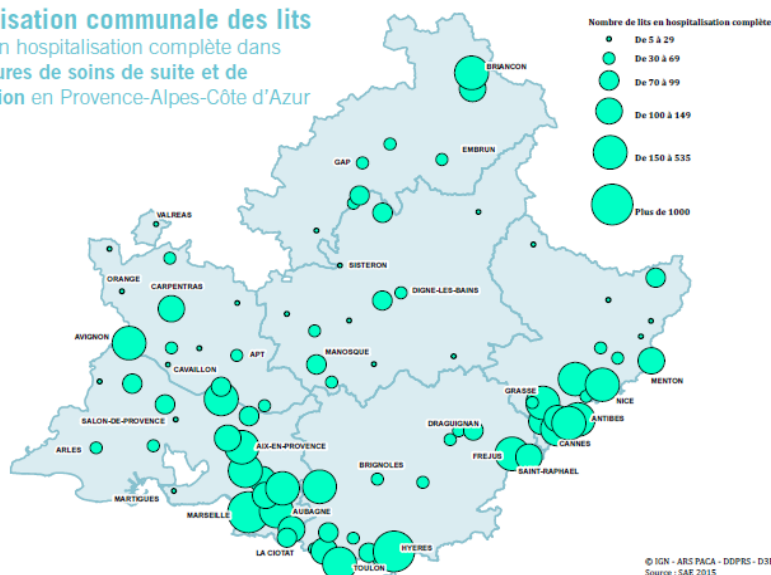
Un taux d'équipement²⁰ élevé avec une répartition infrarégionale inégale

En 2015 en région Paca, on compte 155 établissements de santé ayant une activité de SSR: ils représentent 9,3% des établissements français ayant une activité SSR et 10,4% de l'activité nationale (3,9 millions journées en 2015).

¹⁹ Définition OMS

²⁰ Le taux d'équipement concerne les lits et places adultes et enfants

Localisation communale des lits
installés en hospitalisation complète dans
les structures de soins de suite et de
réadaptation en Provence-Alpes-Côte d'Azur



SSR : TAUX D'EQUIPEMENT, LITS ET PLACES PUBLICS ET PRIVES INSTALLES AU 31.12.2015.

(SOURCE : DREES, SAE)

Zone géographique \ Disciplines soins de suite	PACA	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	HAUTES-ALPES	ALPES-MARITIMES	BOUCHES-DU-RHÔNE	VAR	VAUCLUSE	France METROPOLITAINE
Hospitalisation complète (lits)								
Secteur public	2 120	129	76	498	311	673	433	41 278
Secteur privé	9121	333	816	1 884	3 899	1 878	311	62258
<i>Dont privé d'intérêt collectif</i>	2467	60	433	699	410	805	60	30108
<i>Dont privé de statut commercial</i>	6654	273	383	1185	3489	1073	251	32150
Hospitalisation partielle (places)								
Secteur public	145	10	0	32	22	78	3	3 166
Secteur privé	1006	10	36	157	576	194	33	8259
<i>Dont privé d'intérêt collectif</i>	214	0	36	32	105	41	0	4758
<i>Dont privé de statut commercial</i>	792	10	0	125	471	153	33	3501
Ensemble hospitalisation (lits et places)	12 392	482	928	2 571	4 808	2 823	780	114 961
Taux d'équipement global en lits et places pour 1000 habitants	2.5	3.00	6.6	2.4	2.4	2.7	1.4	1.8

En Paca, 1 établissement SSR sur 2 est un établissement privé de statut commercial. Ces derniers prennent en charge 64% de l'activité régionale ; 21% de l'activité régionale est prise en charge par des établissements privés d'intérêt collectif, le reste par les établissements publics de santé.

L'activité des établissements de SSR a été de 3 928 533 journées en 2015 (source ATIH).

36% des établissements de Paca sont implantés dans les Bouches-du-Rhône, ces derniers concentrant 43% de l'activité régionale. Les établissements des Alpes-Maritimes prennent en charge 21% de l'activité régionale et ceux du Var 19%. Concernant le département du Vaucluse, le taux d'équipement est en revanche presque deux fois inférieur au taux régional (14,2 contre 25 pour 10 000 habitants).

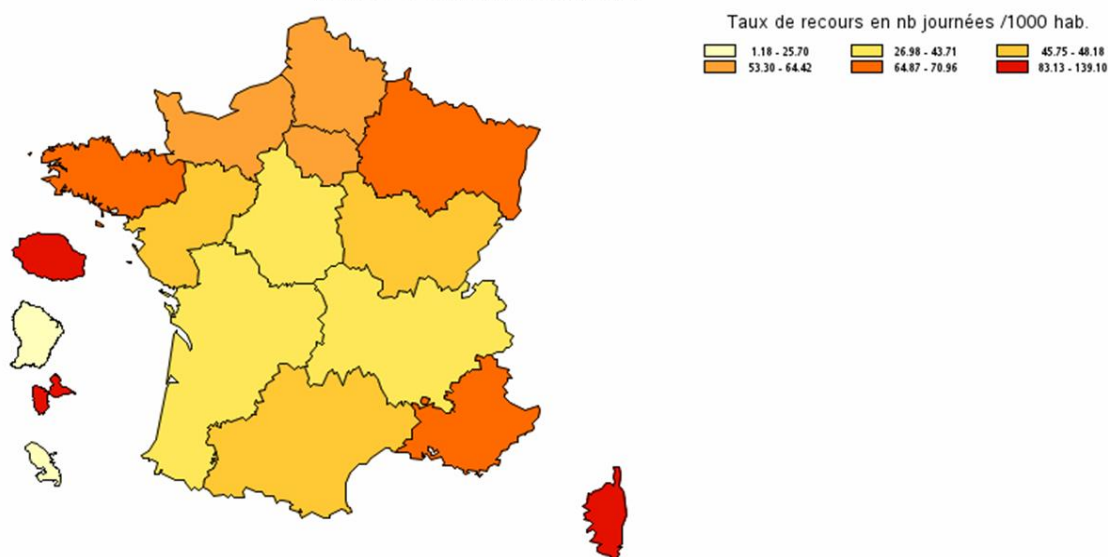
L'activité augmente dans l'ensemble des départements, excepté dans le département des Hautes Alpes où cette dernière diminue très légèrement (recomposition de l'offre en cours).

Un taux de recours élevé en Paca

La région Paca se caractérise par un taux régional standardisé de recours²¹ (636,10 journées) supérieur à la moyenne nationale (524,52 journées) en hospitalisation complète (HC) tout en ayant un taux régional standardisé de recours important en hospitalisation partielle (HP) (69,75 journées) supérieur à la moyenne nationale (56,18 journées).

Deux départements ont des taux de recours standardisés particulièrement importants : les Alpes de Haute Provence et les Hautes Alpes.

Taux de recours SSR par Région - nb journées 2015 / pop 2013 - Taux Standardisé
 Hospitalisation Partielle/Complète - HP : Hospitalisation partielle (jour,nuit,séances)
 Taux de recours national : 56,18



SOURCE : ATIH

Une activité en hausse et un virage ambulatoire engagé

En 2015, en région Paca, l'activité continue de progresser (+2,3%) mais de façon moins importante qu'au niveau national (+3%)

En 2015, la prise en charge en hospitalisation à temps partiel représente 9,1% de l'activité régionale et l'hospitalisation complète 90,9 %.

²¹ Taux de recours standardisé : nombre de journées pour 1000 habitants, standardisé sur l'âge et le sexe

L'activité en hospitalisation partielle a augmenté de manière plus importante (+15,6% contre 8,4% en moyenne nationale) qu'en hospitalisation complète (+1,1% contre 2,4 % en moyenne nationale) ; cependant des marges de progrès existent compte tenu de l'évolution des pratiques.

Deux départements ont plus particulièrement développé la prise en charge ambulatoire : les Bouches-du-Rhône et le Var.

Au niveau régional, l'activité SSR concerne pour 39% des patients d'au moins 80 ans et pour 23% des patients âgés de 40 à 64 ans ce qui diffère peu des caractéristiques nationales. La croissance régionale en volume est essentiellement due à la hausse des prises en charge des patients âgés d'au moins 80 ans.

ENJEUX

■ IDENTIFIER LES RUPTURES OU PROBLÉMATIQUES DU SECTEUR

Les ruptures ou problématiques du secteur SSR sont liées :

- d'une part à l'évolution de leur environnement,
 - en amont, l'évolution des services de soins aigus,
 - en aval, le déficit d'équipements en structures médico-sociales (handicap, personnes âgées),
- d'autre part à l'évolution des prises en charge et la nécessité de répondre aux ruptures identifiées :
 - accentuation du suivi post SSR par les professionnels libéraux reposant sur le développement de collaborations mais pour lesquelles l'exercice libéral isolé et non coordonné peut constituer un frein,
 - manque de suivi et coordination du parcours des patients entre soins aigus/SSR/retour à domicile ou en établissement médico-social,
 - recours inapproprié au SSR au regard des recommandations de bonnes pratiques.

■ S'ADAPTER AUX ÉVOLUTIONS

L'activité de SSR sera impactée par des évolutions d'ores et déjà constatées ou prévisibles en termes d'épidémiologie, de démographie, d'innovations techniques, thérapeutiques, de pratiques ainsi que de démographie des professionnels de santé.

- La transition épidémiologique avec une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques qui nécessitent des prises en charge au long cours (cancer, maladies neuro-cardiovasculaires, maladies neurodégénératives, pathologies liées au surpoids et à l'obésité...) et l'importance des patients porteurs de polyopathologies.
- L'évolution démographique avec un vieillissement de la population.
- Des innovations techniques, thérapeutiques en amont des SSR (notamment techniques en chirurgie de réadaptation améliorée après chirurgie-RAAC) qui vont modifier le profil des patients ayant recours aux SSR: sortant plus précocement des services aigus, avec des thérapeutiques plus onéreuses ou nécessitant des actes plus techniques. Ceci entraîne une adaptation et un repositionnement progressif des SSR spécialisés, voire une nécessaire réflexion sur la reconnaissance de nouvelles « spécialisations » comme la prise en charge des cancers.
- L'évolution des organisations du système de santé :
 - virage vers «la préférence ambulatoire» y compris pour les SSR ;
 - des organisations plus graduées (gradation des plateaux techniques) ;
 - la nécessité de concilier expertise, ressource et la prise en charge de proximité ;

- la nécessité de décloisonner et coordonner les différents acteurs ;
- l'évolution et les perspectives d'utilisation des systèmes d'information ;
- la démographie médicale, pour le moment favorable en Paca mais vieillissante et dont la répartition selon les départements est hétérogène ;
- l'évolution en conséquence des pratiques, avec le développement des délégations de tâches et de nouveaux métiers ;
- l'évolution sociétale: le patient 2.0, utilisant des dispositifs de surveillance connectés, ayant un accès facilité à l'éducation thérapeutique, ainsi que l'implication de patients experts.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Poursuivre et augmenter le recours en ambulatoire pour les SSR avec mentions spécialisées.

OBJECTIF 2 : Améliorer la pertinence du recours au SSR et l'efficacité des structures de SSR.

OBJECTIF 3 : Anticiper les impacts des innovations médicales, technologiques, thérapeutiques.

OBJECTIF 4 : Conforter le rôle des établissements SSR avec mentions spécialisées.

OBJECTIF 5 : Mieux organiser et prendre en compte la réponse à des besoins de prises en charge spécifiques.

OBJECTIF 1 : Poursuivre et augmenter le recours en ambulatoire pour les SSR avec mentions spécialisées.

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel pour les SSR avec mentions spécialisées par substitution de capacités existantes d'hospitalisation à temps plein sera fortement privilégié compte tenu de l'évolution des pratiques de prise en charge et du contexte de taux d'équipement important en hospitalisation à temps complet.

- **Optimiser l'offre ambulatoire**

Favoriser un parcours progressif fluide des patients, de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour (HDJ) puis le retour à domicile, avec appui des professionnels de santé de ville.

- En proposant une offre ambulatoire dans la plupart des mentions spécialisées et dans la plupart des territoires (sauf cas particulier de mention ayant le caractère de recours régional) en privilégiant les zones de forte densité de population, facilement accessibles et en complémentarité des dispositifs existants comme ceux de l'assurance maladie (PRADO).
- En développant les HTP existantes en fonction de l'évolution des pratiques y compris à partir de l'hospitalisation temps complet pour apporter une réponse de proximité au plus près du domicile des patients.
- En favorisant le développement de structures alternatives à l'hébergement complet comme par exemple les hôtels hospitaliers, en fonction de l'évaluation des expérimentations en cours.

- **Accompagner le virage ambulatoire par la formation des professionnels**
Notamment par des formations sur l'organisation des flux de patients entre les différents types de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel...) afin de d'assurer un *continuum* de parcours pour une prise en charge de qualité.

OBJECTIF 2 : Améliorer la pertinence du recours aux SSR et l'efficacité des structures de SSR

- **Encourager les projets de regroupements²² de l'offre de santé en SSR dans un objectif double**
 - De qualité : favoriser tout projet de regroupement des structures de soins de suite afin de constituer des masses critiques suffisantes pour asseoir des compétences médicales et paramédicales et en privilégiant la proximité de plateaux de court séjour le plus souvent urbains afin d'améliorer le parcours du patient et le fonctionnement en filière, en particulier pour une meilleure synergie avec des établissements de SSR spécialisés appelés à prendre en charge des patients en post aigu précoce.
 - D'efficacité : permettre aux établissements de répondre aux normes et recommandations (plateaux techniques, compétences humaines...) en se regroupant afin de mutualiser et optimiser les plateaux techniques et autres services supports. Il est souhaitable de rechercher l'efficacité et une taille critique des structures pouvant déployer un volume d'activité significatif selon que la structure est adossée à une structure de soins aigus (médecine, chirurgie) ou qu'elle exerce une activité de SSR exclusive.
L'ARS sera vigilante à la répartition infrarégionale de l'offre en SSR.
- **Fluidifier le parcours des patients**
 - En développant des outils de communication entre professionnels de santé en particulier entre les professionnels libéraux et les établissements.
 - En permettant l'ouverture des plateaux techniques spécialisés aux professionnels libéraux dans une logique d'attractivité et d'efficacité.
 - En garantissant l'accessibilité économique aux SSR (notamment aux personnes en situation de précarité (voir Praps).
- **Améliorer la pertinence des admissions en SSR**
 - Généraliser l'utilisation du logiciel d'orientation des patients et poursuivre son optimisation.
 - Améliorer l'adéquation des orientations en renforçant la formation des médecins adresseurs par l'élaboration et la diffusion de « guides ».
- **Améliorer la fluidité des sorties de SSR**
 - Améliorer les liens entre professionnels des établissements et professionnels libéraux en étudiant la faisabilité d'une cartographie des compétences spécialisées des professionnels libéraux.
 - Mieux organiser la coordination de l'aval : au niveau de chaque territoire organiser des rencontres entre la MDPH, les services du Conseil départemental et les

²² Code de la santé publique : Article L.6122-6 -Modifié par [Ordonnance n°2018-21 du 17 janvier 2018 - art. 1](#) : « Le regroupement mentionné à l'article [L. 6122-1](#) consiste à réunir en un même lieu tout ou partie des activités de soins précédemment autorisées sur des sites distincts à l'intérieur de la même région ou réparties entre plusieurs régions ».

établissements pour une meilleure fluidité dans l'orientation post SSR (organisation du retour à domicile, mesures de protection juridique ...).

- **Objectiver les modalités de collaboration et de partenariat entre les secteurs aigus (médecine, chirurgie), SSR et médico-social**
Les projets d'établissements et/ou les contrats d'objectifs et de moyens devront mentionner l'organisation des collaborations et la place dans les filières.
- **Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins**
 - Favoriser les échanges de pratiques en particulier en matière d'éducation thérapeutique du patient.
 - Veiller à la bonne prise en compte par les établissements de leur rôle en matière de réinsertion sociale.
- **Accompagner les établissements SSR dans leurs évolutions**
 - Dans la mise en œuvre de la réforme du financement des activités de SSR : il s'agit de favoriser une meilleure qualité de remplissage du PMSI et d'optimiser le codage PMSI.
 - Dans leur adaptation aux besoins de l'offre de soins du territoire en particulier lorsque des conversions d'activité vers le secteur médico-social sont envisagées

OBJECTIF 3 : Anticiper les impacts des innovations médicales, technologiques, thérapeutiques

- Encourager les expérimentations de nouvelles pratiques permises par les innovations technologiques et organisationnelles : délégations de tâches, rôle des Activités physiques adaptées (APA), organisation de l'éducation thérapeutique.
- Ouvrir les établissements sur leur environnement : expérimenter des équipes mobiles externes de SSR, notamment pour la prise en charge des cas complexes.
- Passer d'une logique de structure à une logique de parcours patient et permettre le recours à des avis spécialisés de médecine physique et réadaptation (MPR) pour les professionnels libéraux ou du secteur médico-social (en direct ou à distance : téléconsultation, télémédecine) en particulier pour des cas complexes.
- S'adapter à l'évolution des pratiques en amont du SSR: admission pré chirurgie dans le cadre de la Raac.
- Adapter les SI des établissements aux prises en charge et au suivi à distance des patients grâce aux objets connectés.
- Renforcer la prise en charge des soins palliatifs en SSR et favoriser l'accès des équipes mobiles de soins palliatifs dans les SSR.

OBJECTIF 4 : Conforter le rôle des établissements SSR avec mentions spécialisées

L'activité de SSR en établissement se distingue de la prise en charge à domicile par la technicité des plateaux de rééducation et la multidisciplinarité des rééducateurs et des médecins spécialistes.

Quel que soit le niveau des établissements, deux principes doivent conduire la réflexion :

- un strict respect des conditions techniques et de compétences réglementaires ;
- le respect des recommandations de bonnes pratiques (HAS et sociétés savantes).

Lorsque ces principes ne peuvent être respectés, une conversion des établissements devra être envisagée au regard de l'activité réalisée, de la population accueillie et d'une étude des besoins du territoire concerné, notamment dans le champ du handicap ou des personnes âgées.

En même temps que l'activité de SSR s'inscrit dans un parcours où les traitements sont plus articulés, elle fait face à la tendance générale de devoir assurer un service de proximité, une plus grande spécialisation dans certains domaines, avec en corollaire une gradation des services et l'émergence d'établissement avec des plateaux ou des compétences de haute technicité assurant une fonction d'expertise qui pourraient être définies ainsi :

NIVEAU DE PRISE EN CHARGE DE PROXIMITÉ	NIVEAU DE PRISE EN CHARGE SPECIALISÉE ET DE RECOURS TERRITORIAL	NIVEAU DE RÉFÉRENCE /RÉGIONALE PLATEAUX TECHNIQUES HAUTEMENT SPÉCIALISÉS NIVEAU DE RECOURS ET D'EXPERTISE
<p>Les structures polyvalentes</p> <p>Toutes les structures autorisées en SSR réalisent au minimum un accueil de proximité dans le cadre du SSR polyvalent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soins médicaux, rééducation et réadaptation ; - actions de prévention et d'éducation thérapeutique ; - préparation et accompagnement à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle. 	<p>Les structures spécialisées de recours territorial</p> <p>assurent à minima la prise en charge de proximité et la/les prise(s) en charge spécialisée(s) pour lesquelles ils sont autorisés en qualité de référent territorial pour la spécialité concernée.</p>	<p>Les structures spécialisées de recours régional assurent à minima la prise en charge de proximité, la prise en charge de recours territorial et la/les prise(s) en charge hautement spécialisée(s) pour lesquelles ils sont autorisés en qualité de référent/expert régional pour la/les spécialité(s) concernée(s).</p>

En outre, il est important que les établissements SSR spécialisés puissent s'inscrire dans des protocoles de recherche clinique en lien notamment avec les universités.

Orientations pour chaque catégorie de SSR

SSR POLYVALENT

La production des SSR polyvalents représente 47,76 % en HC et 29,45 % hors HC de la production totale de SSR.

La part des plus de 75 ans est plus importante en SSR polyvalents (57,11%) qu'au global (50,52%), ce qui n'est pas le cas pour les prises en charge hors HC qui est relativement stable autour de 8 % pour les plus de 75 ans.

Les établissements de SSR polyvalent doivent se situer au niveau proximité et :

- s'inscrire dans le parcours de soins des patients pris en charge en court séjour et SSR spécialisés,
- s'articuler avec toutes les structures du maintien et du retour à domicile (libéraux, services de soins infirmiers à domicile, établissements médico-sociaux...).

SSR AVEC MENTION PRISE EN CHARGE SPECIALISÉE DES AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGÉE POLY-PATHOLOGIQUE (PAP)

Les personnes de plus de 75 ans représentent 50 % des séjours en hospitalisation complète de la région. Elles présentent majoritairement des problématiques liées à l'appareil ostéo-articulaire (36,42%) et secondairement à des affections du système nerveux (13,66%), à des affections de l'appareil circulatoire (13,14%), à d'autres motifs notamment les soins palliatifs (9,10%) et les affections de l'appareil respiratoire (7,48%).

Les établissements de SSR PAP doivent apporter au niveau du territoire une réponse au vieillissement de la population et contribuer à la qualité du parcours de la personne âgée.

Ils se situent au niveau spécialisé de recours territorial en s'inscrivant dans les filières gériatriques (médecine gériatrique, équipe mobile de gériatrie, unité cognitivo-comportementales dans les SSR, unité de long séjour, soins palliatifs...) et en proximité fonctionnelle des services de court séjour gériatrique.

Ils peuvent offrir dans les territoires en particulier urbains une réponse d'hospitalisation de jour en réadaptation gériatrique pour les patients fragiles, pour retarder la perte d'autonomie par des prises en charge préventives (séances de kinésithérapie, ateliers mémoire, repas thérapeutiques, "parcours antichute") assurées par des professionnels de rééducation et en se fondant sur des programmes validés.

Ils assurent également des prises en charges spécialisées notamment dans les domaines de l'ortho gériatrie, l'oncogériatrie,...

SSR AVEC MENTION PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES AFFECTIONS DES SYSTEMES DIGESTIFS METABOLIQUES ET ENDOCRINIENS (SDME)

Ces établissements doivent assurer la prise en charge exhaustive de toutes les pathologies relevant de cette mention spécialisée notamment les obésités sévères et/ou morbides, les dénutritions sévères, les patients avant ou après une intervention chirurgicale complexe ou une greffe, les pathologies hépatiques. En Paca, l'obésité est le groupe nosologique (GN) qui produit le plus grand nombre de séjours en hospitalisation complète (6,13 % des séjours) et le diabète fait partie des 20 GN majoritaires des séjours en HC.

La région doit faire face au besoin lié à l'épidémiologie de l'obésité, l'enjeu est donc d'adapter le dispositif au besoin régional, dans un contexte où la région a une attractivité extrarégionale importante. Cette adaptation doit prendre en compte l'évolution des pratiques et les référentiels de la HAS. L'offre proposée devra être diversifiée, privilégiant la prise en charge ambulatoire, l'accès à l'hospitalisation complète étant réservée aux patients atteints d'obésité majeure et/ou compliquée, et articulée en amont avec les services aigus spécialisés (Centres spécialisés de l'obésité-CSO) et les professionnels libéraux. L'éducation thérapeutique et la pertinence des actes sont fondamentales pour la qualité des soins dans ce domaine. Les SSR avec mention spécialisée SDME doivent se situer au niveau spécialisé de recours territorial et s'inscrire dans les filières (prise en charge de l'obésité, greffes...). Ils peuvent également jouer un rôle d'expertise ou de recours régional pour certaines pathologies spécifiques.

SSR AVEC MENTION PRISE EN CHARGE SPECIALISÉE DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES

- Une part importantes des journées en HC (40,39%) est liée aux insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives, et secondairement aux infections broncho-pulmonaires (18,91%) et aux asthmes (17,41%).
- La majorité des journées hors hospitalisation complète (65,18%) est réalisée pour la prise en charge des insuffisances respiratoires chroniques et bronchopneumopathies obstructives.
- Les établissements de SSR spécialisés dans les affections respiratoires se situent au niveau spécialisé de recours, territorial en lien avec les services de pneumologie de court séjour notamment pour une meilleure prise en charge des bronchopneumopathies obstructives.
- Ils peuvent également jouer un rôle d'expertise ou de recours régional pour certaines pathologies spécifiques (mucoviscidose, patients trachéo-ventilés...).

SSR AVEC MENTION PRISE EN CHARGE SPECIALISÉE DES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

L'offre doit évoluer au regard de l'évolution des pratiques avec une orientation préférentielle pour les modalités d'hospitalisation à temps partiel et un moindre besoin de prise en charge en hospitalisation à temps complet.

Les établissements de SSR spécialisés dans les affections cardio-vasculaires se situent au niveau spécialisé de recours, à proximité et en lien avec la cardiologie de court séjour pour une meilleure prise en charge et rééducation de l'insuffisance cardiaque.

Ils peuvent également jouer un rôle d'expertise ou de recours régional pour certaines pathologies spécifiques.

SSR AVEC MENTION PRISE EN CHARGE SPECIALISÉE DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Les 3 groupes nosologiques les plus représentés en Paca sont :

- les accidents vasculaires cérébraux (34.21% des journées) ;
- la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées (18.79% des journées) ;
- les autres affections neurodégénératives (10.68% des journées).

La prise en charge des pathologies neuro-dégénératives débutantes sera préférentiellement réalisée par les professionnels libéraux, la prise en charge en établissements s'adressant aux pathologies plus évoluées.

Ces établissements se situeront à un niveau spécialisé de recours, territorial en lien avec les services de réanimation et de neurologie qui assurent la prise en charge aigüe des AVC.

Ils peuvent également jouer un rôle d'expertise ou de recours régional pour certaines pathologies ou prises en charge spécifiques. Par ailleurs, la prise en charge des blessés médullaires dans le cadre de la filière AVC fera l'objet d'une identification (cf chapitre AVC).

SSR AVEC MENTION PRISE EN CHARGE SPECIALISÉE DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Les 3 groupes nosologiques les plus représentés pour des patients adultes sont :

- les arthroses du genou avec implant ;
- les affections non traumatiques de la colonne vertébrale ;
- les arthroses de la hanche avec implant.

Les séjours liés aux fractures du fémur concernent majoritairement les personnes âgées de 75 ans et plus.

Les établissements de SSR spécialisés dans les affections de l'appareil locomoteur se situent au niveau spécialisé de recours territorial, l'offre doit s'adapter à l'évolution des pratiques avec une orientation préférentielle pour les modalités d'hospitalisation à temps partiel et un moindre besoin de prise en charge en hospitalisation à temps complet.

Ces établissements SSR spécialisés peuvent également jouer un rôle d'expertise régionale pour certaines prises en charges spécifiques notamment la prise en charge des amputés comme précisé par la circulaire du 3 octobre 2008.

SSR AVEC MENTION PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE DES AFFECTIONS LIÉES AUX CONDUITES ADDICTIVES

Ces établissements doivent être situés à un niveau d'expertise, en lien avec les autres dispositifs de prise en charge des conduites addictives.

SSR AVEC MENTION PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE DES BRÛLÉS

Il s'agit d'affections nécessitant des prises en charge hautement spécialisées, aussi les établissements détenteurs de cette spécialité avec lesquels les Centres de traitement des brûlés ont passé convention doivent être situés à un niveau d'expertise, en lien avec les structures de prise en charge de la phase aiguë. Une prise en charge spécialisée précoce est un facteur important pour optimiser le pronostic fonctionnel ; aussi la filière sera mieux identifiée notamment dans le ROR pour permettre une orientation privilégiée et précoce vers ces établissements

SSR AVEC MENTION PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE DES AFFECTIONS ONCO-HEMATOLOGIQUES

Ces établissements prennent en charge les hémopathies malignes de l'adulte.

Ils se situent à un niveau d'expertise, en lien avec la filière de soins hématologiques, développé par certains établissements de recours régional ou inter-régional

OBJECTIF 5 : Mieux organiser et prendre en compte la réponse à des besoins de prises en charge spécifiques

Certaines pathologies ou états spécifiques nécessitent des prises en charges particulières adossées à des structures SSR.

Les établissements qui assurent ces prises en charges doivent être mieux identifiés pour faciliter la bonne orientation des patients qui en relèvent.

Il s'agit :

- de la prise en charge en unité cognitivo-comportementale (UCC) ;
- de la prise en charge en soins palliatifs ;
- de la prise en charge des patients en état végétatif persistant ou pauci relationnel (EVC-EPR) ;
- de la prise en charge des patients en phase d'éveil de coma.

S'agissant des prise en charge en soins palliatifs en SSR, le renforcement du maillage territorial en LISP (lits individualisés en soins palliatifs) en SSR voire le renforcement en USP (unité de soins palliatifs) sera étudié dans l'objectif de fluidifier le parcours du patient vers l'aval du secteur aigu et d'améliorer les admissions directes de patients en fin de vie.

En outre, l'évolution des pratiques en cancérologie conduit à admettre en établissement des patients plus précocement, avec des dispositifs techniques et des thérapeutiques onéreuses.

Les établissements habilités au traitement du cancer souhaitent logiquement travailler avec des structures identifiées comme centres ressources du fait la technicité de leur plateau technique, de compétences très spécifiques de leurs équipes, de l'accueil de patients présentant des pathologies complexes et/ou peu fréquentes, ou de leur engagement dans des activités de recherche. En fonction

de l'évolution de la réglementation relative au régime des autorisations, l'élaboration d'un cahier des charges définissant les conditions à remplir pour bénéficier de cette identification pourra être envisagée.

RÉSULTATS ATTENDUS

Dans ce contexte, y compris de contraintes économiques, les établissements de SSR sont amenés à penser :

- leurs organisations internes : gestion des compétences, optimisation de plateaux techniques,... ;
- leurs modes de prises en charge : préférence pour des prises en charges en ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation complète, éducation thérapeutique du patient,... ;
- les prises en charge particulières adossées à des structures de SSR notamment pour les patients en état végétatif chroniques ou pauci-relationnels (EVC-EPR) les patients nécessitant des soins prolongés complexes, des soins palliatifs ... ;
- leurs modes de collaboration avec leurs partenaires en amont et en aval de la prise en charge : filières de soins structurées avec différentes structures, organisation de parcours avec le secteur médico-social et la ville, ouverture des plateaux techniques, activité physique adaptée, place des associations,... ;
- leur panel d'activité en s'ouvrant sur le secteur libéral, développement de services médico-sociaux, équipes mobiles, ... ;
- l'intégration des nouvelles technologies dans la prise en charge de patients, et l'utilisation de la télémédecine ;
- l'amélioration de la qualité et la pertinence des prises en charge.

L'activité de SSR doit donc être en capacité d'accueillir des patients sortant plus tôt des services de soins aigus avec des soins techniques plus lourds ou des thérapeutiques plus onéreuses et pour ce faire améliorer leur niveau de médicalisation. Les établissements devront par ailleurs accentuer leur offre d'alternatives à l'hospitalisation complète pour répondre à l'évolution des services de soins aigus et à la préférence du public pour une prise en charge plus courte, avec des possibilités de poursuivre à domicile une rééducation entamée en établissement.

Ils devront offrir à la fois un service de proximité, en particulier pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie, mais aussi proposer des plateaux techniques spécialisés et gradués ainsi que des avis spécialisés de médecine physique et de réadaptation (MPR) pour le secteur médico-social. Les évolutions technologiques et leur coût font aussi évoluer la spécialisation des équipements de rééducation rendant incontournable une gradation des établissements en particulier pour des plateaux techniques hautement spécialisés.

Les établissements de SSR devront également s'ouvrir à plus de collaboration avec les professionnels libéraux, au besoin en facilitant l'accès aux plateaux de rééducation et se positionner activement pour offrir une éducation thérapeutique de qualité.

Enfin, les liens avec les associations de patients seront renforcés dans le cadre du soutien qu'elles apportent aux patients en particulier pour les pathologies chroniques.

3.3.4 UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

CONTEXTE

Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Les patients en USLD requièrent des soins médicaux et techniques importants (SMTI) et correspondent à un profil T2 au sens du pathos.

L'Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée comme d'ailleurs la circulaire de 2007 intègrent les USLD dans la filière gériatrique.

Actuellement au 31.12.2017, la région Paca compte 45 USLD autorisées, pour 1813 lits actifs, dont trois USLD qui n'ont pas encore été mises en œuvre.

Si l'on prend en compte l'installation des 60 lits à venir, ce seront 1873 lits d'USLD qui seront disponibles prochainement sur Paca.

TABLEAU 1 : BILAN DES IMPLANTATIONS USLD PRS 1

Territoire de santé	Implantation 2011	Implantation 2016	Autorisations au 31.12.2017
Alpes-de-haute Provence	2	2	2
Hautes-Alpes	4	4	4
Alpes-Maritimes	10	10	9
Bouches-du-Rhône	13	12+1*	12+1*
Var	11	11	11
Vaucluse	6	6	6
Total Région	46	46	45

*besoin exceptionnel

L'analyse départementale du taux d'équipement sur la base des lits USLD existants au 31.12.2017 et le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus met en évidence des écarts entre départements. Le département des Hautes-Alpes avec un ratio de 8.79 présente un particularisme fort et ce depuis plusieurs années.

TABLEAU 2

Département	Nombre lits installés	Population 75 ans et plus (2013)	Taux d'équipement pour 1000 PA 75 ans et +
Alpes-de-Haute-Provence	71	18 824	3.7
Hautes-Alpes	135	15 347	8.7
Alpes-Maritimes	385	131 089	2.9
Bouches-du-Rhône	506*	185 954	2.7**
Var	466	120 902	3.8
Vaucluse	250	53 716	4.6
Paca	1813	525832	3,4***

*sans tenir compte des 60 lits autorisés au 31.10.2017 mais non encore installés

**le ratio passerait à 3 une fois les installations réalisées

***le ratio passerait à 3 une fois les installations réalisées

Évaluation des besoins

L'analyse des besoins est multifactorielle. Elle prend en compte :

- **la projection et l'approche démographique** : Le vieillissement important de la population en Paca dans les 30 années à venir laisse augurer de forts besoins, si l'on se réfère à la population des personnes de plus de 75 ans.

TABLEAU 3 : ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION

Département	Populatio n 75 ans et plus 2013	Populatio n totale 2013	Part des 75 ans et + 2013(%)	Popul ation totale 2050*	Populatio n75 ans et + 2050	Part des 75 ans et + en 2050 (%)
Alpes-de- Haute- Provence	18 824	161 916	11	179 000	39 920	22.3
Hautes-Alpes	15 347	139 279	11	160 100	36 960	23.1
Alpes- Maritimes	131 089	1 080 771	12	1 118 000	221 360	19.8
Bouches-du- Rhône	185 954	1 993 177	9.3	2 145 000	351 780	16.4
Var	120 902	1 028 583	11.7	1 132 0 00	236 590	20.9
Vaucluse	53 716	53 716	9.7	593 300	112 670	19
Total Paca	525 830	4 953 675	10	5 3270 00	999 280	

SOURCE : OMPHALE 2017, SCENARIO CENTRAL

- **L'impact de la prévention, du repérage de la fragilité et de l'organisation des soins pour le maintien à domicile**

Le développement des actions de prévention, de repérage de la fragilité et de la perte d'autonomie, de l'éducation thérapeutique ainsi que l'évolution de l'organisation du panier de services dans le champ du premier recours permettront sans doute un vieillissement de meilleure qualité des personnes.

L'aide des outils connectés, de la domotique, le développement de la silver économie devraient participer à un maintien à domicile tardif ainsi qu'à un meilleur suivi des patients chroniques. Les patients des années futures seront probablement plus connectés qu'aujourd'hui et seront ainsi plus acteurs de leurs prises en charge. La qualité de la prise en charge ambulatoire reste conditionnée cependant à la structuration de la réponse des professionnels de santé du 1^{er} recours et à la démographie médicale.

- **L'ensemble de l'offre existante sur le territoire**

Les USLD constituent un maillon de la filière gériatrique. A ce titre elles s'attachent à tisser des collaborations avec les autres acteurs de la filière tels que court séjour gériatrique, EMG, SSR gériatriques, hôpital de jour gériatrique, les Ehpad et les équipes de soins de proximité.

L'enjeu est d'éviter les ruptures dans le parcours de la personne et de favoriser la continuité des soins et du projet de vie de celle-ci.

Ainsi il est important de continuer à veiller à :

- développer les coordinations formalisées avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et les réseaux de santé ;
- favoriser la complémentarité des prises en charge en USLD et en établissement médico-social,
- promouvoir un projet de soins associé à un projet de vie personnalisé, dans le respect et les choix de la personne soignée ;
- favoriser les liens et les échanges inter-professionnels et inter-établissements afin de renforcer l'acquisition et la transmission des savoirs et des pratiques communes.

Actuellement, la plupart des USLD existantes se trouvent implantées à proximité immédiate de structures médicosociales et/ou sanitaires. De véritables complémentarités se sont structurées ce qui témoigne de la prise en compte de ces recommandations.

- **La qualité et l'efficacité de l'offre actuelle**

La charge en soins est évaluée par la coupe pathos ; la dernière coupe pathos des USLD date de l'origine de la réforme des USLD.

Il est donc prioritaire de procéder à une actualisation des PMP des USLD afin de vérifier l'adéquation des prises en charge en lien avec leurs missions.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il est proposé de :

- réaliser un diagnostic partagé sur le positionnement actuel des USLD : publics pris en charge, focus sur les personnes de moins de 60 ans, personnes requérant des soins de longue durée mais actuellement dans d'autres structures, adéquation de l'offre de soins par rapport aux besoins ;
- élaborer un plan d'action régional partagé sur les évolutions nécessaires de ces unités, sur la base du diagnostic régional et des orientations nationales en cours d'élaboration : positionnement dans l'offre de soins hospitalière, maillage territorial, redimensionnement au regard des besoins, réponse apportée dans le parcours de soins de ces personnes ;
- maintenir le nombre d'implantations actuelles sur la région ;
- étudier au cas par cas des augmentations de capacités à partir des USLD existantes après analyse du besoin, compte tenu de l'offre de proximité existante, et après vérification de la charge en soins de la structure demandeuse.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Clarification du rôle des USLD au sein de la filière gériatrique hospitalière.

3.3.5 SOINS PALLIATIFS

CONTEXTE

Ayant un impact démontré sur la qualité de vie et même sur l'espérance de vie des patients, les soins palliatifs doivent être repérés et débutés suffisamment tôt.

Une des problématiques soulignées par les acteurs impliqués dans le soin palliatif est le manque de solutions de lits d'aval de longue durée pour les patients dont l'entrée en soins palliatifs se fait plus précocement et ne correspond pas aux soins palliatifs dits «terminaux». Ces patients ont une charge en soins, une complexité médicale et/ou sociale qui rend impossible leur retour à domicile ou l'orientation vers le secteur médico-social ou de SSR. Ils ont des DMS «trop longues» pour les USP MCO et ne relèvent pas non plus du cahier des charges des Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC).

La prise en charge palliative concerne des affections évidentes comme le cancer mais également des maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque, respiratoire et des maladies neurologiques et neurodégénératives. Toutes les catégories de populations sont concernées mais une attention particulière doit être portée :

- aux sujets âgés étant donné la fréquence des situations palliatives avec le vieillissement,
- aux enfants, adolescents et jeunes adultes devant la particularité et la complexité potentielle de situations de fin de vie dans cette catégorie d'âge.

Avec l'amélioration des traitements notamment en oncologie, les soins palliatifs sont désormais de deux types différents :

- des soins palliatifs de fin de vie (définition actuelle et mode de financement existant).
- des soins palliatifs longs correspondant à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques sans solution thérapeutique avec une durée de plusieurs semaines à plusieurs mois et peut-être parfois quelques années.

Dans ces cas-là, l'accompagnement palliatif par des soins de support améliore considérablement la qualité de vie. Ce type d'accompagnement sera à développer dans les prochaines années.

Les soins palliatifs s'adressent à toutes les personnes, quel que soit leur âge, vivant avec une (des) affection(s) médicale(s) chronique(s) ou récidivante(s) qui altèrent leur fonctionnement quotidien ou diminuent leur espérance de vie.

La prise en charge en soins palliatifs fait l'objet d'une attention rapprochée au cours des dernières années, comme en témoignent la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 et le plan national soins palliatifs 2015-2018. Cette loi permet de déployer les modalités des "directives anticipées" des personnes concernées et l'application du droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Le Plan national soins palliatifs 2015-2018 comprend 4 axes déclinés en 14 mesures et 40 actions :

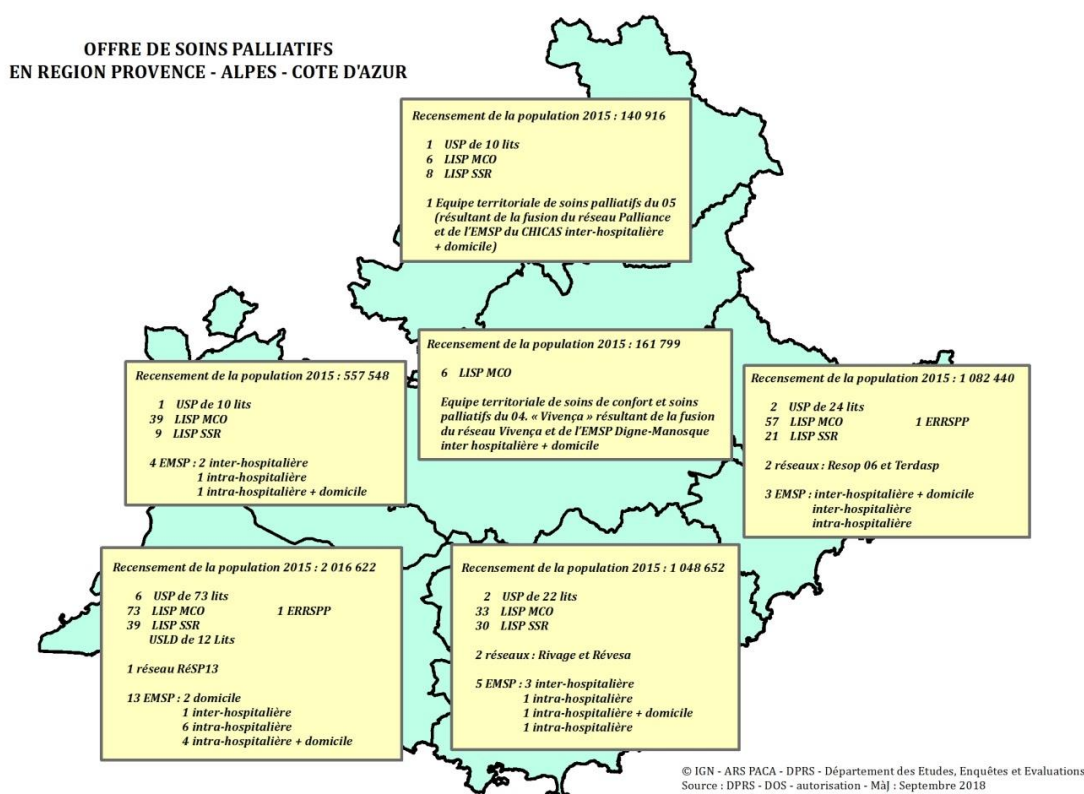
- axe 1 : Informer le patient, lui permettre d'être au centre des décisions qui le concernent ;
- axe 2 : Former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances ;
- axe 3 : Développer la prise en charge de proximité (domicile/ Epha) ;
- axe 4 : Garantir l'accès aux SP pour tous : réduire les inégalités d'accès.

Les conditions d'autorisation des structures de soins palliatifs sont présentées dans la circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, datant maintenant de 9 ans.

Cette évolution fait suite à des constats sociétaux de patients insuffisamment écoutés et soulagés, à des descriptions de situations inadmissibles de mauvaises pratiques aboutissant à une défiance vis-à-vis du corps médical et l'expression d'une volonté de plus grande autonomie des patients.

ÉTAT DES LIEUX EN RÉGION PACA EN 2018 : CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE ET DES BESOINS

	04	05	06	13	83	84
USP Unités de soins palliatifs		1 unité	2 unités	6 unités	2 unités	1 unité
Expérimentation d'une USLD				14 lits		
Lits identifiés en soins palliatifs (LISP), répartis entre MCO et SSR	6 lits	14 lits	74 lits	112 lits	59 lits	48 lits
Equipes Mobiles de soins palliatifs (EMSP)	26 équipes mobiles de soins palliatifs 2 équipes régionales de ressource pédiatrique					
Réseaux de soins palliatifs	1	1	1	1	2	1



Selon le rapport IGAS de janvier 2017 sur les « soins palliatifs et la fin de vie à domicile », on estime qu'environ 60% des situations de fin de vie nécessitent un accompagnement palliatif, soit 311 000 personnes par an en France. En théorie, **28 000 personnes** seraient concernées en Paca. En 2016, 9139 patients ont eu un séjour de soins palliatifs soit en MCO, en SSR ou HAD (pour 13 010 séjours). Bien que toutes les situations ne nécessitent pas une prise en charge à l'hôpital, ces écarts sont un argument pour renforcer l'offre de soins en MCO et SSR.

MORTALITÉ EN PACA EN 2014 ET ESTIMATION DE LA POPULATION AU 1ER JANVIER 2015

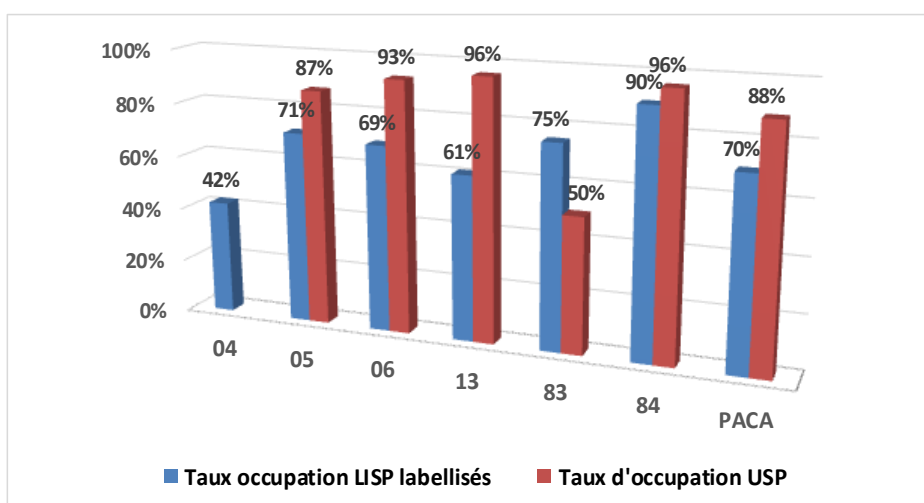
	Paca	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	France
Décès	46 802	1 812	1 322	11 203	16 767	10 735	4 963	595 029
Population au 01/01/2015 estimation	4 971 622	162 510	140 030	1 081 316	2 000 466	1 035 005	522 295	63 982 078

La comparaison de l'offre en région Paca à l'offre nationale montre une moyenne inférieure en région Paca concernant le nombre de lits identifiés en soins palliatifs (LISP) autorisés en MCO et de LISP en SSR, différence plus marquée dans le champ du MCO.

COMPARAISON DU TAUX D'ÉQUIPEMENT NATIONAL À CELUI DE LA REGION PACA DE L'OFFRE EN LITS DE SOINS PALLIATIFS

Données SAE 2016	Taux d'équipements (nombre de lits pour 100 000 habitants :	
	France	Région Paca
LISP MCO-SSR	8	5
LISP MCO	6	3
LISP SSR	2	1
Lits USP	2	3

UTILISATION DE L'OFFRE DE SOINS PALLIATIFS



Graphique 1

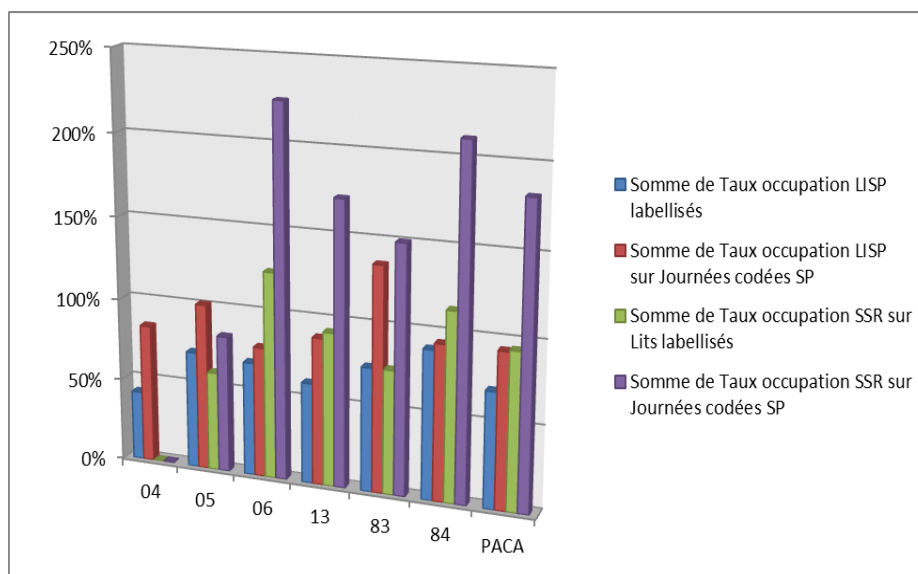
Taux d'occupation des LISP en MCO et USP en Paca pour 2016.

Le taux de remplissage est très

élevé dans les USP de la région et moindre au niveau des LISP.

Dans le graphique suivant, ont été étudiés les taux de remplissage dans les LISP MCO et LISP SSR en prenant en compte 2 catégories de codages :

- Codage Soins palliatifs (SP 7993) dans les LISP labellisés
- Codage Soins Palliatifs en dehors des LISP (SP 7994) que l'on prend en compte aussi dans le taux d'occupation des LISP labellisés.
- En MCO, même en tenant compte des codages «soins palliatifs» faits en dehors des LISP (SP 7994), le taux de remplissage ne dépasse pas 100% sauf dans le Var (colonnes rouges).
- En revanche, les LISP en SSR ont un taux de remplissage proche ou supérieur à 100% (colonnes vertes) et bien au-dessus si l'on prend les codages de SP en dehors de ces LISP (colonnes violettes) signifiant une insuffisance relative en LISP en SSR.



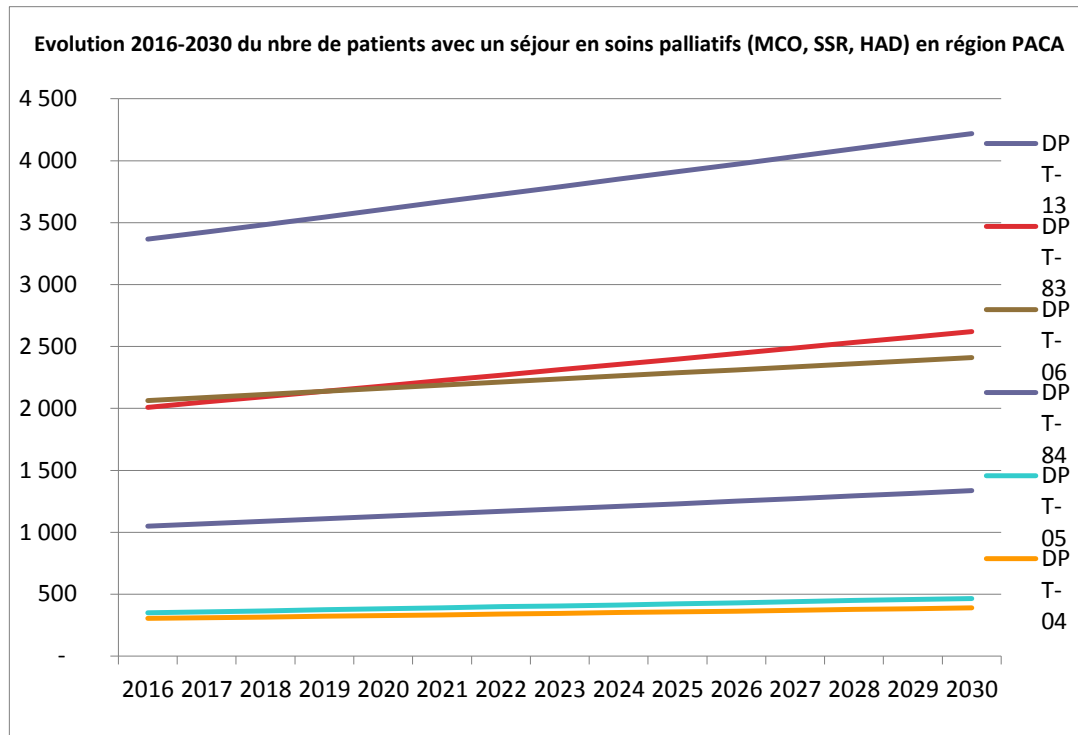
Graphique 2

Taux d'occupation des LISP en MCO et en SSR en Paca pour 2016.

Ces résultats doivent être pris avec précaution car ils peuvent être biaisés par des problèmes de codage. En effet ces données ne tiennent pas compte du codage «SP» en diagnostic associé. Il serait probablement plus pertinent de corréliser le nombre de décès dans les services possédant des LISP. Ils doivent cependant nous interroger sur l'offre en USP dans la région et une meilleure répartition des LISP, même si un des objectifs majeurs des LISP est de diffuser la culture palliative au sein des établissements.

De plus, les projections à 10 ans du nombre de patients nécessitant un recours aux soins palliatifs en Paca montrent une augmentation potentielle de 17% que ce soit en termes de nombre de patients, séjours ou de journées. Si l'on prend également en compte les projections de l'augmentation exponentielle prévue du nombre de cas de cancers chez les patients âgés de 75 ans ou plus, il faudra anticiper la réponse à la demande.

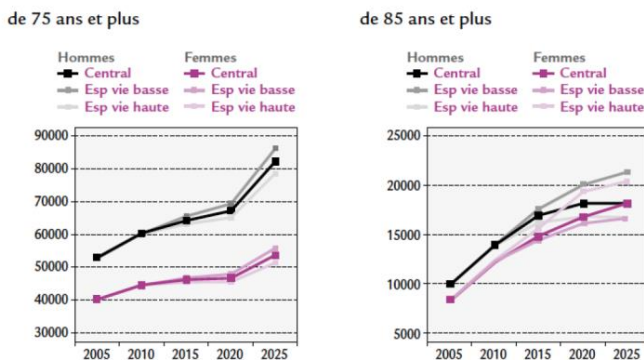
PROJECTION DU NOMBRE DE PATIENTS NÉCESSITANT UN RECOURS AUX SOINS PALLIATIFS DANS LES 10 ANS



ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE CANCERS DANS LA POPULATION JUSQU'EN 2025 EN FONCTION DES SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DE LA POPULATION DE CATÉGORIE D'ÂGE DE 75 ANS ET PLUS ET DE 85 ANS ET PLUS

Rapport INCa « État des lieux et perspectives en oncogériatrie »

Figure 4 / Évolution du nombre de cas de cancers dans la population jusqu'en 2025 en fonction des scénarios d'évolution de la population + hypothèse de maintien des taux par âges estimés pour 2005



Les soins palliatifs au domicile

Un rapport récent de l'IGAS (janvier 2017) constate une prise en charge insuffisante de l'accompagnement de la fin de vie à domicile. Les freins peuvent être liés à la situation et la demande du patient et de sa famille. Les freins viennent aussi d'une insuffisance de relai au niveau des soins de proximité, et un manque d'articulation SSIAD/HAD. Le nouveau décret paru en 2018 sur l'articulation SSIAD/HAD permettra d'améliorer cette coordination.

La continuité médicale et la permanence des soins ambulatoire (PDSA) restent également compliquées pour ces patients qui nécessitent parfois un transfert à l'hôpital (et souvent aux urgences) pour des urgences palliatives (détresse respiratoire, contrôle insuffisant de la douleur, syndrome occlusif,..). Certaines urgences auraient pu être évitées par une prise en charge au domicile.

Les soins palliatifs en établissement médico-social

Selon une étude parue dans le BEH du 12 décembre 2017, 13% des décès ont lieu en EHPAD. Mais seulement 8% des personnes décédées en Ehpads ont bénéficié des soins palliatifs hospitaliers.

ENJEUX

L'enjeu principal concernant les soins palliatifs consiste à organiser le parcours de soins hospitalier en articulation avec la ville et le médico-social.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Repérer précocement les situations nécessitant des soins palliatifs.

OBJECTIF 2 : Consolider l'offre en soins palliatifs.

OBJECTIF 3 : Organiser les prises en charge en soins palliatifs au domicile ou en institution.

OBJECTIF 4 : Structurer les coopérations dans les territoires et identifier de nouvelles solutions.

OBJECTIF 5 : Améliorer la formation aux soins palliatifs.

OBJECTIF 1 : Repérer précocement les situations nécessitant des soins palliatifs

- Promouvoir le repérage précoce des patients en soins palliatifs tel que préconisé par les dernières recommandations de la HAS et grâce à l'utilisation d'outils validés, par exemple la fiche urgence PALLIA.
- Au domicile ou en ESMS, le repérage précoce des soins palliatifs devra également être promu ainsi que la mise en place de « protocoles d'anticipation » des situations d'urgence en fin de vie (action 11 du plan SP).
- Nécessité de réinvestir le rôle du médecin traitant dans le repérage des patients afin d'éviter des prises en charges tardives, et d'anticiper le recours à l'hôpital lorsqu'il est nécessaire.
- Inciter le recours aux séjours de répit en LISP pourrait répondre à la fois au souhait du patient de rester chez lui en bénéficiant toutefois d'une réévaluation de ses besoins dans une visée de trajectoire coordonnée.

OBJECTIF 2 : Consolider l'offre en soins palliatifs

- La demande de LISP en MCO doit être confortée en présence d'une filière de soins palliatifs dans l'établissement, comprenant au minimum l'accès à une EMSP et au mieux à une USP. Ceci au regard des recommandations de la circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs qui régit les conditions d'autorisation des structures de soins palliatifs.
- Renforcer le maillage territorial en LISP dans les structures de type SSR (mesure 14.1 du plan national SP). La demande en SSR doit être privilégiée surtout au sein de structures ayant déjà une expertise en soins palliatifs avec des LISP SSR sans négliger d'éventuels établissements sans LISP déjà labellisés mais en rapport avec une filière structurée en soins palliatifs (accès à

une EMSP extrahospitalière), toujours en adéquation avec les recommandations de la circulaire du 25 mars 2008.

- Renforcer les USP en région et réfléchir à la création d'une ou 2 USP en SSR (mesure 14.1 du plan national SP).
- Promouvoir les démarches d'évaluation qualitative sous forme d'audits croisés réalisés sur les LISP MCO existants et notamment les liens avec les EMSP au sein des structures ayant des LISP (mesure 14-2 du plan national SP).

OBJECTIF 3 : Organiser les prises en charge en soins palliatifs au domicile ou en institution

A chaque instant, la question du retour au domicile devra être posée au patient et/ou sa famille et pensée par l'équipe hospitalière. Le parcours de soins palliatifs de proximité des patients reposera sur la participation des professionnels de santé libéraux (action 8-2 du plan SP).

- Au domicile

- Clarifier et éventuellement améliorer le parcours des patients en regroupant dans un même pôle (lorsque cela n'existe pas), EMSP, réseau de soins palliatif et USP. L'impression est que les dispositifs regroupés fonctionnent mieux en termes de parcours patient.
- Des objectifs de prescription d'HAD pourront être inscrits dans les CPOM des établissements de santé et le rôle des HAD dans les soins palliatifs pourra être précisé dans le cadre du projet territorial
- La place et le rôle des réseaux de soins palliatifs devront être évalués au regard des actions des EMSP.
- Le rôle des PTA sera majeur dans la coordination des patients nécessitant une prise en charge palliative avec une collaboration avec les services hospitaliers, les USP, les HAD, les EMSP, les réseaux de SP et les professionnels de ville.
- Promouvoir le lien avec les USP et les services ayant des LISP pour les « séjours de répit » qui permettent de faciliter le retour à domicile d'un patient quand il sait qu'il peut être rapidement repris en charge par une USP ou un service disposant de LISP si son état se dégrade et ne permet plus le maintien au domicile.

- En établissement médico-social

- Renforcer l'implication des infirmiers, médecins coordonnateurs d'HAD et d'Ehpad et faciliter l'accès aux dispositifs d'appui et de coordination en soins palliatifs. Cela implique une meilleure articulation entre réseaux de soins palliatifs et EMSP ainsi qu'avec les HAD.
- Promouvoir et accompagner les recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la prise en charge des personnes âgées en Ehpad publiées en 2017 par l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).

Le développement des soins palliatifs en établissements sociaux et médico-sociaux sera facilité en fonction des résultats des travaux relatifs à la présence d'infirmières de nuit dans les Ehpad (action 9-1 du plan SP), par le développement des soins palliatifs en hospitalisation à domicile ainsi que des interventions des EMSP dans les Ehpad (action 9-2).

Renforcer la collaboration entre Ehpad et EMSP afin d'améliorer la prise en charge des patients, et de former les équipes dans un esprit de compagnonnage. Le but étant de pouvoir laisser les patients en EHPAD pour leur fin de vie dans un cadre sécurisant.

OBJECTIF 4 : Structurer les coopérations dans les territoires et identifier de nouvelles solutions

- Renforcer la coopération des moyens spécifiques de prise en charge (USP, EMSP) entre établissements de santé et au sein des GHT.
- Réfléchir à des solutions d'accueil de patients en soins palliatifs dans des structures de longue durée ayant des moyens adaptés à une prise en charge palliative et des moyens pour les soins de support conséquents sur le plan des ressources humaines et donc financiers.
- Promouvoir les projets de modélisation des prises en charge en Ehpad impliquant les établissements de santé, les USP, équipes mobiles de soins palliatifs, de gériatrie et les HAD, comme le projet proposé par le GHT du Vaucluse.
- Expérimenter l'intervention d'infirmières de pratiques avancées en soins palliatifs au domicile du patient pour faciliter l'application des recommandations des pratiques sédatives et la prescription des molécules correspondantes (midazolam, morphine) au domicile. En effet, le médecin n'est pas toujours disponible et la délégation de tâches vers ces IDE spécialisées serait une opportunité d'améliorer la prise en charge de la fin de vie au domicile.

OBJECTIF 5 : Améliorer la formation aux soins palliatifs

- La formation aux soins palliatifs doit être intégrée de manière systématique aux études médicales et paramédicales avec des stages obligatoires de sensibilisation pour les étudiants au sein de dispositifs spécialisés en soins palliatifs qu'ils soient hospitaliers ou tournés vers la ville (action 4-2). La réforme du troisième cycle des études médicales prévoit ainsi un stage obligatoire en SP : les services bénéficiant de LISP sont d'autant plus formateurs qu'ils concernent des patients non encore « identifiés » (repérage précoce) et démontrent la pertinence de l'acculturation dans des services de médecine dont les services de courts séjours gériatriques mais aussi des spécialités : oncologie, gastroentérologie, pneumologie, chirurgie...
- Mettre en place des équipes mobiles externes pour former et accompagner les professionnels au domicile et les aidants.
- Confier aux infirmières de pratiques avancées un rôle de formatrice pour les autres paramédicaux intervenant au domicile et de compagnonnage envers les médecins traitants, insuffisamment formés et parfois démunis dans ces situations.
- Renforcer la formation à la « démarche palliative » des personnels médicaux et paramédicaux dans les Ehpad.
- Faire connaître la formation « référent fin de vie ». Elle ne s'adresse pas qu'aux professions de santé (action 5-4 du plan national SP).
- Intégrer dans la formation des médecins urgentistes la gestion des « urgences palliatives », afin de repérer les situations nécessitant cet accompagnement et d'éviter des situations d'obstination déraisonnable.
- La coopération des pharmaciens des PUI et d'officines doit être développée tant du point de vue de la rétrocession hospitalière que du circuit du médicament à domicile et en EHPAD, et du conseil auprès des usagers.
- Intégrer de manière prioritaire, des formations aux soins palliatifs dans le développement professionnel continu.
- Favoriser l'accueil d'internes de médecine dans les CH généraux bénéficiant des USP et LISP.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Augmentation du nombre de LISP en MCO et SSR a augmenté.
- Le nombre de lits en USP augmenté.
- Le nombre de patients vus en SP en EHPAD (réseau, HAD, EMSP) a augmenté.

3.4 STRUCTURER LES FILIÈRES ET LE RECOURS AUX PLATEAUX TECHNIQUES

3.4.1 PÉRINATALITÉ

CONTEXTE

Depuis 2012, le nombre de naissances est en diminution au niveau régional, comme au niveau national. La tendance régionale est moins importante qu'au niveau national. Cette décroissance concerne tous les départements mais encore plus les départements alpins.

Nombre de naissances par département

	2012	2016
Alpes de Hte Pce	1 262	1 158
Hautes Alpes	1 483	1 363
Alpes Maritimes	12 354	12 299
Bouches du Rhône	27 257	26 753
Var	9 568	9 111
Vaucluse	7 894	7 371
PACA	59 818	58 055
France entière	818 382	775 231

Le recours à l'IVG reste élevé en 2016 mais stable, avec un taux de 20,4 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans. L'accès est globalement satisfaisant, mais doit être consolidé pendant les périodes estivales.

La pratique des césariennes reste à un niveau élevé, au-dessus du taux moyen national (21% vs 20%), bien qu'elle soit en diminution depuis 2012.

La durée de séjour en maternité décroît aussi bien pour les accouchements par voie basse

(4,17 jours) que pour les césariennes (6,56 jours). Cette durée de séjour, inférieure à celles du niveau national, reste néanmoins très supérieure à celles des autres pays européens.

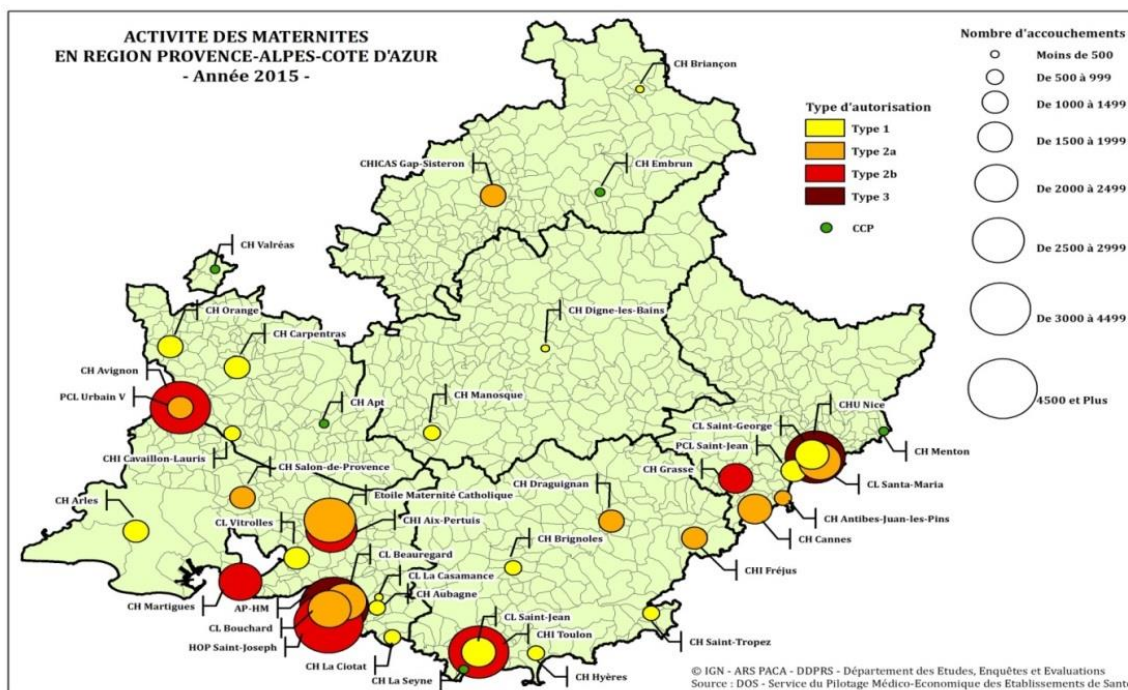
L'activité de néonatalogie est en croissance. 7% des naissances sont prématurées (moins de 37 semaines d'aménorrhée), dont 20% sont des cas de grande prématurité (moins de 33 semaines d'aménorrhée).

Caractéristiques de l'offre

L'organisation régionale de l'offre de maternité est constituée de 38 sites de maternité et 5 centres périnataux de proximité, dont 3 maternités de niveau 3 (2 sur l'AP-HM, 1 sur le CHU de Nice), 4 maternités de moins de 500 accouchements, 6 maternités de plus de 2500 accouchements. La répartition d'activité entre les secteurs publics et privés est stable : 64% des accouchements sont réalisés dans les établissements publics de santé, 23% dans le secteur privé et 13% dans le secteur privé non lucratif.

L'équipement régional en lits de réanimation néonatale est inférieur au nombre théorique issu des recommandations. L'équipement en lits de néonatalogie sans soins critiques est insuffisamment utilisé, avec des taux d'occupation en 2016 proche de 50%.





Le réseau régional de périnatalité unique est issu de la fusion, en 2015, des trois réseaux antérieurs. Il a vu son rôle renforcé et ses missions développées. Il intègre également la région Corse et la principauté de Monaco. C'est le réseau le plus important au niveau national.

En 2017, on note un développement encore insuffisant au sein des maternités d'espaces physiologiques de naissances avec ouverture de ces plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Concernant la démographie des médecins en gynéco-obstétrique, pédiatrie et anesthésie réanimation, de manière générale la région est attractive, avec des densités supérieures à la moyenne française, mais des médecins plus âgés.

Cependant, cette démographie, très hétérogène selon les territoires, reste fragile et pose, au sein des établissements de santé, des difficultés d'organisation pour assurer la permanence et la continuité des soins, notamment dans les départements alpins, le Var et le Vaucluse.

A l'inverse la profession de sage-femme est en pleine expansion avec des densités en Paca supérieure à la moyenne nationale.

Densités médecins spécialistes - RPPS au 31 décembre 2016 - Recensement de population 2014

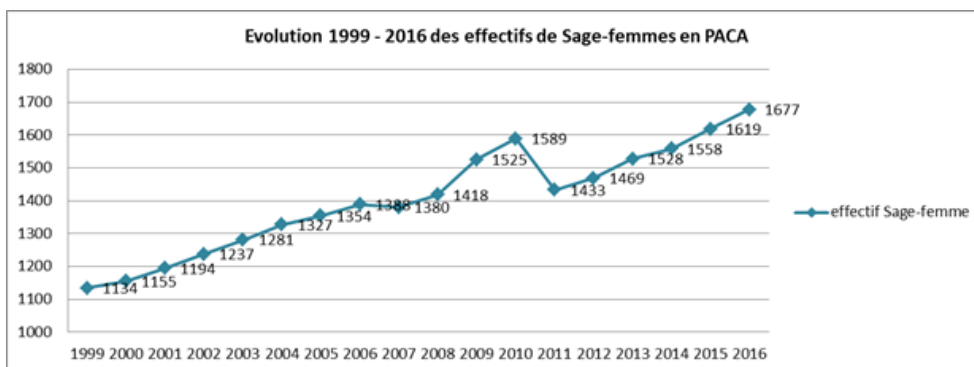
SPECIALITE	Anesthésiste - Réanimateur (*)	Gynécologue-obstétricien (**)	Pédiatre (***)
FRANCE Métropolitaine	17,1	16,6	65,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23	21,1	81,2
Alpes-de-Haute-Provence	9,8	11,3	37
Hautes-Alpes	24,2	15	54
Alpes-Maritimes	26,6	26,8	96,5
Bouches-du-Rhône	27,3	21,7	95,2
Var	16,9	16,8	62,8
Vaucluse	15,1	20,1	53,2

(*) - Densité pour 100 000 habitants

(**) - Densité pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

(***) - Densité pour 100 000 enfants de 0 à 15 ans

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES – RPPS AU 31 DECEMBRE 2016



ENJEUX

L'objectif recherché est de garantir sur l'ensemble de la région et pour toute femme qui y réside une grossesse désirée et sécurisée, ainsi qu'un suivi et un accouchement conformes aux évolutions des pratiques actuelles et adaptées aux problématiques de démographie médicale.

Un tel objectif se heurte aujourd'hui à des constats régionaux qui imposent une approche spécifique :

- des inégalités sociales qui induisent des inégalités fortes devant la grossesse. Dans notre région, le nombre de femmes en situation de précarité est important ; ces femmes présentent pour caractéristique un suivi gynécologique et prénatal insuffisant, voire inexistant, ce qui a pour conséquence :
 - un moindre recours à la contraception : risque accru de grossesses non désirées et recours plus important à l'interruption volontaire de grossesse. Le taux d'IVG particulièrement élevé dans notre région démontre que les grossesses ne sont pas toutes désirées au moment où elles surviennent.
 - un risque de retard au diagnostic et aggravation du risque associé aux affections sous-jacentes.
 - un risque accru de prématurité et d'hypotrophie du nourrisson.
- des inégalités d'accès géographiques pour des populations éloignées pour lesquelles des réponses adaptées doivent être apportées.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Permettre un accès au parcours de périnatalité équitable pour toutes les femmes quelle que soit leur situation financière ou géographique.

OBJECTIF 2 : Permettre la conduite d'une grossesse désirée et sécurisée pour tous les couples.

OBJECTIF 3 : Garantir un accouchement et une naissance sécurisés, avec un niveau de médicalisation adapté au niveau de risque pour la mère et l'enfant.

OBJECTIF 4 : Organiser le retour à domicile plus précoce après l'accouchement.

OBJECTIF 5 : Améliorer la prise en charge des enfants vulnérables en intervenant le plus précocement possible et avec un suivi coordonné entre la ville et l'hôpital.

OBJECTIF 1 : Permettre un accès au parcours de périnatalité équitable pour toutes les femmes quelle que soit leur situation financière ou géographique.

- **Garantir un accès aux soins aux femmes précaires et aux migrantes tout au long de leur parcours de vie.**
 - Proposer un accueil adapté aux personnes en situation de précarité et systématiser le diagnostic. Ceci passera notamment par l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins et de l'ensemble des professionnels de santé afin de faire évoluer les pratiques.
 - Prévoir des amplitudes horaires larges dans les lieux de soins (médecine libérale, hôpitaux, centres de protection maternelle et infantile...) avec des consultations sans rendez-vous, pour prendre en compte les difficultés des femmes en situation de précarité à s'inscrire dans un cadre horaire contraint.
 - Mettre en place, sur certains quartiers au taux de précarité élevé, des dispositifs de prévention et de promotion de la santé adaptés.

- **Permettre en tout lieu de la région le vécu d'une grossesse au moment où elle est désirée, et une identification pré-conceptionnelle ou précoce des facteurs de risques.**
 - Améliorer le repérage et la prise en charge de l'endométriose.
 - Partager le suivi de la femme et de ses grossesses entre la ville et les équipes gynéco-obstétricales hospitalières, en s'appuyant sur les sages-femmes libérales et sur les médecins traitants «formés». Les équipes de premier recours pourront avoir un accès aux équipes obstétricales et gynécologiques adaptées, en s'appuyant sur les outils de la télémédecine. Ceci passera notamment par la mise en place des pratiques partagées régionales reposant sur des recommandations portées par le réseau régional de périnatalité.
 - Conforter la place des CPP dans le dispositif de suivi de la mère et de l'enfant. Les CPP apportent un suivi de proximité et évitent les déplacements longs, en donnant ainsi plus de sécurité aux femmes et aux professionnels. Il est nécessaire d'améliorer le lien avec les maternités (organisation de staffs communs et utilisation de protocoles partagés).
 - Permettre l'identification pré-conceptionnelle ou précoce des facteurs de risques. Des consultations pré-conceptionnelles doivent permettre, avant toute grossesse, de mesurer les risques environnementaux et l'ensemble des risques personnels tel que le surpoids, l'obésité, l'alcool, le tabac, l'usage de drogues, ...L'accès à une évaluation des risques pour la grossesse attachés aux toxiques (reprotoxiques) doit être rendue possible, via notamment la plateforme CREER.

OBJECTIF 2 : Permettre la conduite d'une grossesse désirée et sécurisée pour tous les couples

- **Faciliter l'accès à la contraception pour tous** par la mise en place de la stratégie régionale de santé sexuelle, déclinée de la stratégie nationale. La mise en coordination de l'ensemble des acteurs (éducation nationale, professionnels de santé libéraux, centre de planification, protection maternelle et infantile, ...) doit donner de la lisibilité aux positionnements respectifs des acteurs.
- **Poursuivre l'organisation régionale de l'accès à l'IVG** pour toutes les femmes et tout au long de l'année, et notamment en période estivale, en respectant les délais de réalisation et en offrant une diversité des méthodes.
- **Améliorer la prise en charge des couples dans leur parcours d'Aide Médicale à la Procréation.**

- **Encourager la mise en place d'une consultation d'orientation** dans chaque maternité afin que chaque couple puisse bénéficier d'un suivi adapté en ville ou à l'hôpital.
- **Faciliter l'accès au diagnostic prénatal.**
 - Permettre un accès au CPDPN dans des délais raisonnables.
 - Mettre en place, lors de la consultation du premier trimestre, un dépistage des facteurs de risques selon les recommandations de l'HAS.
 - Utiliser la télémédecine pour faciliter l'accès aux consultations de génétique, ou l'accès au conseil prénatal (consultations multidisciplinaires) lorsqu'une malformation congénitale est suspectée.
 - Former un référent échographiste formé par maternité publique ayant un service de néonatalogie est souhaitable
- **Prendre en compte la dimension psychosociale autour de la grossesse.**
 - Promouvoir et généraliser l'entretien prénatal précoce.
 - Généraliser les staffs médico-psycho-sociaux dans les maternités de Paca avec formalisation des liens entre le conseil départemental, les maternités et les autres services de l'hôpital :
 - ✓ Les professionnels de l'ambulatoire (médecins de ville ; sages-femmes libérales) ainsi que les personnels des centres de périnataux de proximité doivent pouvoir participer aux staffs (liste des référents des staffs à diffuser).
 - ✓ Les liens avec la psychiatrie et la pédopsychiatrie sont à structurer en nommant un référent périnatalité dans chaque établissement de santé public autorisé en psychiatrie pour disposer d'une offre spécialisée identifiable dans chaque territoire d'intervention.
 - ✓ Le dispositif de partenariat périnatal de prévention ne doit pas se limiter aux staffs médico-psycho-sociaux, il comprend aussi un partenariat plus global et un travail d'amont et d'aval intégrant le service social hospitalier et de proximité.
 - Encourager la mise en place d'unités accueillant la mère et son enfant permettant de prendre en charge les altérations de la relation entre la mère et son bébé pour permettre un retour familial dans de bonnes conditions. Ces unités doivent émerger d'une coopération entre les équipes de pédiatres, de gynécologues et de pédopsychiatrie.
- **Accompagner le « bien naître » de l'enfant.**
 - Développer des actions de prévention pour éviter les violences faites aux femmes ; lutter contre l'alcool, le tabac ou l'usage de drogues ; lutter contre la dysnutrition maternelle.
 - Développer les actions visant à améliorer les compétences psychosociales des parents.

OBJECTIF 3 : Garantir un accouchement et une naissance sécurisés, avec un niveau de médicalisation adapté au niveau de risque pour la mère et l'enfant

- **Recomposer l'offre de soins**

Pour des raisons de sécurité, les maternités doivent disposer d'une équipe médicale suffisante pour assurer une présence permanente d'un gynécologue obstétricien ainsi que des astreintes d'anesthésie et de pédiatrie. Les conditions de sécurité sont très difficiles à atteindre dans les petites maternités.

La poursuite de la recomposition de l'offre sanitaire a pour objectif de garantir, dans toutes les maternités, des naissances réalisées dans le respect des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Des décisions de regroupement de maternités seront nécessaires.

Pour prendre ces décisions, plusieurs indicateurs devront être croisés :

- le niveau d'isolement, celui-ci étant pensé en intégrant de nouvelles modalités de prise en charge et d'anticipation des risques à l'instar des expériences nordique et anglo-saxonnes ;
- la pérennité des équipes (activités potentielles gynéco-obstétricales, effectivité des mesures d'incitations à l'installation, viabilité des équipes territoriales) ;
- le volume d'activité des unités ;
- les résultats des indicateurs de sécurité et de qualité en pédiatrie et en obstétrique.

La recomposition s'appuiera sur différents leviers :

- la sécurisation des maternités à faible activité, qui rencontrent des difficultés pour attirer des professionnels de santé de manière pérenne. Pour cela, les mesures suivantes seront mises en place :
 - ✓ Constituer des équipes médicales de territoires agissant sur différents sites, pour garantir l'accessibilité, dans toute la région à des équipes maintenant une technicité de haut niveau grâce à un exercice d'un volume important.
 - ✓ Mettre en place des formations itératives sur sites et sur simulateurs à destination de ces équipes de territoires et de celles sur site.
 - ✓ S'appuyer sur les réseaux, les CPP et la télémédecine pour le suivi de grossesse et l'accompagnement de la naissance.
 - ✓ Améliorer le lien ville-hôpital, hôpital de proximité-hôpital de recours, et assurer la transmission de l'information en cas de transferts.
 - Les professionnels de la ville et des établissements de proximité doivent être informés des « retransferts » des mères (suites de menaces d'accouchements prématurés) d'une maternité de niveau 2 ou 3 vers le domicile pour anticiper les éventuelles difficultés.
 - L'anticipation des transferts permettra de sécuriser les transferts materno-fœtaux.
 - les signalements au SAMU départemental des « pathologies remarquables » seront développés.
 - l'ensemble des maternités devront avoir accès à la cellule de régulation des transferts et retransferts.

- le regroupement des lieux de naissance

La poursuite de la concentration des maternités autour de gros plateaux techniques reste nécessaire. Les maternités à faible activité sont confrontées aux difficultés suivantes :

- ✓ raréfaction de la ressource médicale.
- ✓ faible attractivité pour les jeunes médecins dans les maternités à faible activité comme dans les maternités ne permettant pas d'activité chirurgicale carcinologique sur le site.
- ✓ recours répété à des médecins intérimaires et ainsi absence de dynamique d'équipe impliquée dans un projet médical.
- ✓ nécessité d'offrir un plateau technique avec du matériel performant.

Ces regroupements doivent être réfléchis en prenant en compte les problèmes géographiques. Ils seront privilégiés vers les établissements disposant d'un service de néonatalogie sur place.

Les transports doivent être disponibles dans des délais compatibles avec l'exigence médicale et financièrement accessibles.

Les organisations seront préalablement mises en place pour anticiper la prise en charge de l'accouchement à l'instar de ce qui est fait dans les pays scandinaves, au

Canada ou en Grande Bretagne (hôtels hospitaliers ou pour parturientes, renforcement des CPP, anticipation de l'accouchement, transferts et transports facilités par des moyens appropriés,...).

- Le regroupement des activités de néonatalogie

Le regroupement des unités de néonatalogie à faible activité sera envisagé vers les unités à plus forte activité les plus proches. Le suivi de l'activité et des indicateurs de qualité est indispensable pour ces unités de néonatalogie et de soins intensifs, très consommatrices de compétences médicales et donc fragiles.

- Le regroupement des activités de réanimations néonatales et pédiatriques de préférence sur un site unique.

- Adapter les capacités aux besoins

Pour garantir une prise en charge adaptée pour les grossesses à risques et pour les enfants prématurés d'âge gestationnel de plus en plus précoce, il sera nécessaire de créer :

- des capacités supplémentaires en soins critiques de néonatalogie (réanimation néonatale et soins intensifs).
- de mettre en œuvre au sein des HAD existantes des capacités dédiées à la surveillance des grossesses à risques et au suivi des nouveaux nés prématurés, en lien avec les 2 CHU

- Permettre à la mère et à son entourage d'être au cœur du soin

- Des espaces physiologiques de naissances seront créés dans toutes les maternités pour respecter le choix des couples. Ces espaces sont ouverts aux sages-femmes et gynécologues libéraux, qui participent à la vie du service
- Les soins de développement et le développement d'unités kangourou permettent de replacer les parents au cœur des soins seront encouragés.

OBJECTIF 4 : Organiser le retour à domicile plus précoce après l'accouchement

- **Anticiper la sortie précoce de l'établissement** pour permettre en toute sécurité l'accueil de mère et du nouveau-né dans sa famille.
- **Former les professionnels des soins de ville** (professionnels de santé libéraux, équipes de PMI, ...) à l'accueil précoce au domicile du nouveau-né et de sa mère.
- **Garantir la possibilité d'une expertise à distance** par l'équipe obstétricale et pédiatrique ou un retour rapide vers un établissement de santé adapté, en évitant les passages par les services d'urgence.
- **Expérimenter l'organisation de la sortie directe depuis le bloc obstétrical** pour préparer la naissance en «hospitalisation de jour», en lien étroit avec le secteur libéral.

OBJECTIF 5 : Améliorer la prise en charge des enfants vulnérables en intervenant le plus précocement possible et avec un suivi coordonné entre la ville et l'hôpital.

- **Coordonner l'action de tous les acteurs** (pédiatres libéraux et hospitaliers, CAMSP, PMI, ...) pour garantir l'accessibilité pour les nouveau-nés vulnérables au dépistage le plus précoce possible, au diagnostic et à la prise en charge dans tous les territoires.
- **Garantir un dépistage de qualité** aussi bien des maladies métaboliques que de la surdité néonatale dans les maternités. Améliorer l'organisation et le suivi des enfants dépistés en lien avec le réseau régional de périnatalité et le centre régional de dépistage néonatal.

- **Renforcer les CAMSP** et les intégrer dans leur environnement pour favoriser un diagnostic plus précoce, proposer des prises en charge adaptées et la poursuite des soins par des solutions d'aval.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Le nombre d'IVG tardives est en régression.
- Les sorties précoces (- de 48H) qui garantissent les conditions de sécurité du retour à domicile se sont accrues.
- Par l'amélioration de la pertinence, le taux de césariennes a diminué.
- Les espaces physiologiques ouverts aux libéraux sont plus nombreux.
- Les EIG liés à la naissance sont tous signalés à la plateforme.
- Tous les enfants vulnérables ont un suivi organisé jusqu'à 4 ans.

Indicateurs de suivi de l'activité

Les indicateurs nécessaires au suivi de l'activité de périnatalité sont listés en annexe.

3.4.2 L'AIDE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

CONTEXTE

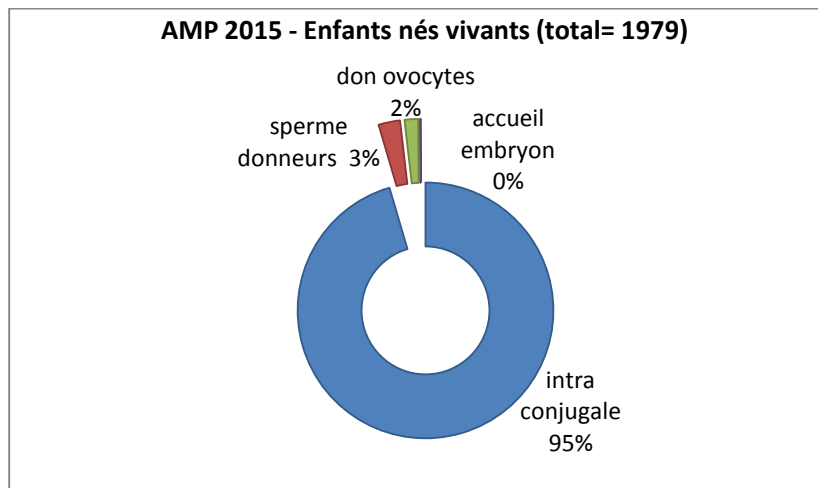
Les populations concernées sont :

- les couples diagnostiqués comme présentant une infertilité (primaire ou sévère) ;
- les patients (enfants, adolescents et jeunes adultes, adultes) fertiles ou supposés l'être ayant besoin de préserver leurs gamètes ou tissus germinaux avant des traitements associant parfois chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie qui peuvent altérer la fonction de la reproduction ;
- les couples diagnostiqués infertiles et nécessitant le recours au don de gamètes (spermatozoïdes, ovocytes), ou d'embryons ;
- les couples fertiles ou non, ayant un projet parental étant porteurs d'une maladie virale sexuellement transmissible.

Structures et activité

Département	Commune	Structure	IAC	FIV ICSI TEC	Don sperme	Don ovocytes	Accueil embryons	Préservation fertilité	AMP viral
Alpes Maritimes	Nice	CHU Nice	x	x	x	x		x	
		Clinique St Georges / LBM LABAZUR Nice	x	x			x	x	
		LBM Barla site Lamsi	x						
	Cannes	LBM Bioesterel site Demes	x						
Bouches du Rhône	Marseille	AP HM Conception	x	x	x	x	x	x	x
		St Joseph	x	x					
		Clinique Bouchard / LBM Alphabio	x	x			x	x	
		LBM Cerballiance Provence	x						
	Aix	CH Aix LBM Labio	x	x					
		LBM Labazur Provence	x						
		LBM SELDAIX site Cardinal	x						
Var	Toulon	Clinique St Michel / LBM Cerballiance Côte Azur	x	x					
Vaucluse	Avignon	Clinique Urbain V / LBM Bioaxiome	x	x					
	Bollène	LBM Biomedival site Petris	x						
Activité des centres - rapport de l'ABM 2015			3851	5143	233			426	

La plateforme régionale cancer et fertilité a réalisé 482 consultations soit une hausse annuelle à plus de 40%.



Les données régionales sont comparables aux statistiques nationales.

ENJEUX

La loi de Bioéthique doit être révisée en 2018. Les futures évolutions seront intégrées dans les objectifs de développement et de prise en charge de l'aide médicale à la procréation.

Les enjeux actuels sont à la fois de permettre à tous les couples présentant une infertilité d'avoir accès à l'AMP mais également à toutes les personnes dont le traitement le nécessite d'avoir accès à la préservation de la fertilité en cancérologie comme hors cancérologie.

Répondre à ces enjeux nécessite avant tout d'améliorer la connaissance quantitative et qualitative de l'activité d'AMP ainsi que des besoins notamment en ce qui concerne les « dons d'ovocytes » ou le nombre de personnes concernées par la préservation de la fertilité.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Améliorer la prise en charge des couples présentant une infertilité.

OBJECTIF 2 : Développer la préservation de la fertilité.

OBJECTIF 1 : Améliorer la prise en charge des couples présentant une infertilité.

- Renforcer le rôle d'information et de formation des centres clinico-biologiques auprès des cliniciens effectuant des inséminations artificielles hors centres.
- Développer le don d'ovocytes dans les centres autorisés.
- Rendre lisible le parcours des couples présentant une infertilité en région Paca par la mise en ligne sur le site internet de l'ARS des structures autorisées.
- Veiller à l'application des recommandations de bonnes pratiques en AMP par tous les acteurs, et pour l'induction ovarienne respecter l'arrêté du 22 juin 2015 ainsi que les recommandations des agences nationales ANSM 2007 sur les gonadotrophines et AFSSAPS avril 2004 sur les médicaments inducteurs de l'ovulation.

OBJECTIF 2 : Développer la préservation de la fertilité.

- Améliorer les parcours de soins en lien avec la plateforme oncofertilité OncoPaca (www.oncoPaca.org) :
 - développer les consultations spécialisées ;
 - poursuivre la sensibilisation des professionnels et des patients ;
 - former et recruter de nouveaux référents du parcours oncofertilité.
- Développer la préservation de la fertilité hors cancer :
 - par la complémentarité des centres cancer et hors cancer ;
 - par l'information avec la participation active de tous les centres d'AMP auprès des différents publics notamment : les praticiens (oncologues, oncopédiatres, gynécologues, médecins traitants, sages-femmes), les patients, les jeunes (travail avec éducation nationale).

RÉSULTATS ATTENDUS

- Les dons d'ovocytes sont en augmentation.
- Le nombre de patient bénéficiant de la préservation de la fertilité s'est accru.

Les indicateurs nécessaires au suivi de l'activité d'AMP sont listés en annexe.

3.4.3 LE DIAGNOSTIC PRÉNATAL

CONTEXTE

L'activité de diagnostic prénatal (DPN) consiste à rechercher au cours de la grossesse une anomalie embryonnaire ou fœtale. Dans le cas où le DPN conduit au diagnostic d'une maladie à forte probabilité d'être d'une particulière gravité, une interruption de grossesse pour motif médical peut être envisagée. La consultation de génétique est primordiale dans ce contexte pour apporter l'information la plus pertinente et complète et le meilleur accompagnement durant ce processus de DPN. Les outils du DPN sont l'imagerie médicale (échographie, IRM..) et les examens de biologie médicale portant sur des prélèvements de cellules ou tissus (amniocentèse-trophocentèse) et ponction de sang. Les examens de biologie mis en œuvre sont les suivants :

- cytogénétique, y compris de cytogénétique moléculaire ;
- génétique moléculaire ;
- génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel : DPN non invasif (DPNi) ;
- diagnostic de maladies infectieuses ;
- biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels et de biochimie fœtale à visée diagnostique.

En région Paca, il existe trois centres pluridisciplinaires de DPN ou CPDPN qui sont implantés au sein de l'AP-HM site Nord et site Timone Enfant, et au sein du CHU Nice.

Les CPDPN encadrent les activités régionales de diagnostic prénatal, apporte leurs expertise aux professionnels de santé et accompagnent les couples au cours de la prise de décision ou lors du suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée (interruption volontaire de la grossesse pour motif médical IMG) et lorsqu'une transmission héréditaire de maladie dans une famille amène à envisager un diagnostic prénatal ou préimplantatoire. L'activité de ces 3 centres a représenté en 2015 le suivi de 3 162 dossiers. L'activité d'IMG s'élevant à 537 sur la même période.

Les examens de biologies sont réalisés par 9 laboratoires portant 14 autorisations.

Le HAS préconise que le DPNi T21 soit proposé à toutes les femmes enceintes avec un risque de T21 estimé entre 1/1000 et 1/51 après un résultat de dépistage combiné du 1^{er} trimestre (ou à défaut par les marqueurs sériques seuls du 2^{ème} trimestre. Elle recommande qu'un caryotype fœtal soit proposé d'emblée à toutes les femmes enceintes dont le niveau de risque estimé est $\geq 1/50$. Le test DPNi T21 étant réalisable avant l'éventuel caryotype.

Ainsi en Paca 15% des grossesses sont concernées ou 9000 femmes enceintes.

Le DPNi peut également s'appliquer avec les nouvelles technologies NGS aux maladies génétiques héréditaires, leurs perspectives futures vont impacter les laboratoires de biologie moléculaire.

Ville	Structure	MSM	Cytogénétique	Génétique	Infectieux
Nice (06)	CHU Nice		x	x	x
	LBM Barla	x			
Marseille (13)	AP HM	x	x	x	x
	St Joseph	x	x		
	LBM Alphabio	x			
	IPC			x	
Toulon (83)	CH Ste Musse		x		
Avignon (84)	LBM Bioaxiome	x			

ENJEUX

- Le développement de la nouvelle stratégie de dépistage de la trisomie 21 sur l'ADN foetal circulant dans le sang maternel.
- En cytogénétique classique le nombre de caryotypes va se réduire au détriment du DPNI et des ACPA.
- En cytogénétique moléculaire les examens sur puces à ADN ou CG Harray, ces méthodes diagnostiques sont en forte progression. Elles sont proposées au sein des CHU dans le cadre de plateformes ouvertes sur les établissements disposant de consultations génétiques de diagnostic prénatal et les CPDPN.
- Le développement du séquençage à très haut débit, le DPNI devraient concourir au dépistage et au diagnostic d'autres pathologies, il conviendra de soutenir les capacités d'innovation.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Améliorer l'accès au DPN sur toute la région et pour tous les couples.

OBJECTIF 2 : Accompagner le regroupement des technologies diagnostics moléculaires et de soins (déploiement des nouvelles technologies de séquençage à très haut débit) sur des plateformes.

OBJECTIF 3 : Accompagner le développement du dépistage de la trisomie 21 sur ADN foetal circulant dans le sang maternel.

OBJECTIF 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge en renforçant le rôle des CPDPN.

OBJECTIF 1 : Améliorer l'accès au DPN sur toute la région et pour tous les couples.

- Développer les téléconsultations afin de permettre un véritable maillage du territoire et de répondre aux recommandations de l'HAS en matière d'information des patientes.

OBJECTIF 2 : Accompagner le regroupement des technologies diagnostics moléculaires et de soins (déploiement des nouvelles technologies de séquençage à très haut débit) sur des plateformes.

- L'expertise pluridisciplinaire doit être maintenue et non dispersée quelques soient les modalités de financement.

OBJECTIF 3 : Accompagner le développement du dépistage de la trisomie 21 sur ADN foetal circulant dans le sang maternel.

- Nécessité de consultations pré et post DPNI assurées par un praticien expérimenté dans ce domaine.
- Nécessité d'encadrer la prescription de DPNI par une information adaptée des professionnels de première ligne.

OBJECTIF 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge en renforçant le rôle des CPDPN.

- Les CPDPN doivent avoir un rôle central dans la formation et l'information des échographistes (publics et privés) afin d'améliorer la qualité et la pertinence des échographies. La liste des échographistes agréés doit être partagée avec les laboratoires pratiquant les marqueurs sériques maternels, le DPNI et la cytogénétique.
- L'expertise pluridisciplinaire doit être consolidée par le rôle pivot des CPDPN et le soutien aux technologies de biologie moléculaires (séquençage ADN, DPNI, ACPA et hybridation génomique comparative), les stratégies diagnostics moléculaires devant s'inscrire dans les « Bonnes pratiques » selon les recommandations de l'ANPGM –association des praticiens de génétique moléculaire- et le processus d'accréditation du Cofrac.
- Associer un fœtopathologiste à chaque CPDPN. Même si l'organisation de la prise en charge des morts in utero a été améliorée, l'accès aux examens de fœtopathologie devrait être possible devant toute mort fœtale in utero.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Aucune naissance avec malformations graves non diagnostiquée en amont.
- Tous les enfants les nécessitant sont orientés vers les centres spécialisés des maladies rares.

3.4.4 GÉNÉTIQUE

CONTEXTE

De nombreux tests génétiques apportent des informations relatives à la santé des individus ou à celle de leur famille. Ces tests consistent à rechercher des mutations sur l'ADN, ou à dépister des anomalies concernant les chromosomes. Il faut distinguer les tests qui apportent des informations sur le patrimoine génétique transmissible, présent dans toutes les cellules de l'organisme (génétique constitutionnelle), et les tests qui informent sur l'état du génome de cellules tumorales (génétique somatique). L'activité de génétique constitutionnelle est soumise à un régime d'autorisation.

La génétique constitutionnelle investit plusieurs champs dont les syndromes de déficience intellectuelle, les malformations, les anomalies du développement, les troubles de la reproduction, les maladies cassantes de

l'ADN... Le séquençage de l'ADN étudie les gènes responsables de maladies héréditaires, explore l'exome (plusieurs milliers de gènes) qui code les protéines ou l'ensemble du génome pour identifier les déterminants génétiques de ces maladies rares. Le 3^{ème} champ s'intéresse à la pharmacogénétique constitutionnelle. Elle est très orientée oncologie, car les chimiothérapies présentent souvent un index thérapeutique étroit. On étudie les mécanismes d'origine génétique intervenant dans la réponse aux médicaments et permet l'optimisation des traitements médicamenteux, tant en termes d'efficacité que de sécurité d'emploi. Les analyses de pharmacogénétique concernent actuellement peu de molécules (5FU-capecitabine-abacavir-irinotécan-azathioprine-tacrolimus-clopidrogel...).

GÉNÉTIQUE CONSTITUTIONNELLE POSTNATALE EN 2015

				Cytogénétique postnatale	Génétique moléculaire
06	Nice	CHU Nice site Pasteur	Pole pathologie Biologie Pr Jambou Dr Naimi		x
06	Nice	CHU Nice site Archet	Pole pathologie Biologie Pr Paquis Dr Karmous	x	x
06	Nice	Centre Lacassagne	Laboratoire oncopharmacologie Pr Milano		x
13	Marseille	EFS site Baille	Site Baille Dr Picard		x
13	Marseille	AP HM site Conception	Biogénopole Pr Barlier		x
13	Marseille	AP HM site Timone	Biogénopole Pr Levy Pr Morange Pr Badens Dr Zattara Dr Missirian	x	x
13	Marseille	St Joseph *		x	
13	Marseille	LBM ALPHABIO*		x	
13	Marseille	IPC	Oncogénétique moléculaire Pr Sobol		x
83	Toulon	CH Ste Musse	Dr Julian Dr Dupuy	x	x

L'activité de génétique est limitée : CHU Nice site Pasteur concerne les facteurs II et V, l'hémochromatose, site Archet typage HLA - AP HM génétique limitée à l'hématologie-pharmacogénétique) - Ste Musse la génétique limitée aux facteurs II et V - St Joseph et LBM Alphabio n'effectuent que des caryotypes pas de Fish ni ACPA -. Des évolutions sont attendues, St Joseph et le laboratoire Alphabio n'ont pas renouvelé leurs demandes quinquennales pour l'activité cytogénétique, et la restructuration des laboratoires spécialisés en une plateforme unique de biologie moléculaire sur le site Timone Biogénopole va impacter les autorisations en vigueur de l'AP-HM. En outre, l'activité d'oncogénétique constitutionnelle de l'APHM va évoluer avec l'acquisition de séquenceurs hauts débit en 2017, elle sera totalement transférée en routine sur la technologie Miseq avec librairies de stratégie Amplicon.

Génétique constitutionnelle 2015	TEST
Cytogénétique moléculaire dont FISH	2 550
Pharmacogénétique	853
NGS	1 897
ACPA puce ADN	821
HLA	1 741
Génétique limitée	966
Génétique moléculaire non limitée	11 667

En région, l'activité NGS marque un grand retard par défaut de séquenceur haut débit, l'IPC réalise 1554 séquençages NGS. En cytogénétique constitutionnelle, l'activité par caryotype et FISH se réduit (effets liés aux ACPA et dans une moindre mesure aux NGS) les principales indications demeurent les retards intellectuels, les malformations et anomalies du développement, suivies par les troubles de la reproduction (syndromes de l'X fragile) et les études familiales. Le nombre de trisomie 21 diagnostiquées par caryotypes postnatal sans DPN pour l'année 2015 est à hauteur de 19. Les analyses par puces ADN effectuées dans les 2 CHU concernent en 1^{er} lieu les syndromes de déficiences intellectuelles ou les troubles de l'apprentissage. Les laboratoires ST Joseph, Alphabio et Ste Musse ont limité leur activité de cytogénétique aux caryotypes associés aux FISH. L'activité de génétique non limitée du CHU de Nice est marquée par l'exploration des maladies mitochondriales, l'IPC centre de lutte contre les cancers investiguant les prédispositions héréditaires des cancers seins-ovaires, syndrome de Lynch, polyposes adénomateuses familiales, cancers du colorectal et des cancers neurologiques. Pour l'AP HM, sans tout citer, cette activité illimitée porte sur les maladies rares (dystrophie fascio-scapulaire- mucoviscidose-déficit intellectuel- syndrome de Prader-Willi, d'Angelman, maladies de Charcot, syndromes de l'X fragile...) et les pathologies neuroendocrines, les maladies neurodégénératives, les maladies neuromusculaires et les susceptibilités des thrombophilies non rares.

La génétique moléculaire constitutionnelle étudie un nombre très important de gènes et de maladies génétiques par un nombre limité de laboratoires. La conséquence se traduit par une expertise clinique et biologique souvent unique des laboratoires sur une maladie ou un groupe de maladie. La prestation de conseil déterminante exigeant une grande maîtrise s'impose entre le généticien moléculaire et le clinicien prescripteur. Les laboratoires nationaux et étrangers se sont structurés en réseaux autour des filières des maladies rares favorisant les échanges et harmonisant les stratégies diagnostiques par consensus. Une des particularités des maladies rares est la difficulté d'avoir un diagnostic étiologique précis. L'errance diagnostic est courante et source de grande difficulté.

LA GÉNÉTIQUE SOMATIQUE

Génétiq ue somatique Paca 2016
1 15 986 examens
72 680 401 B
19 625 000 Euros

Ces chiffres année 2016, sont issus du PMSI, ne contiennent pas les examens réalisés hors de la région Paca et notamment pour Cerba ou Eurofins. D'autre part, l'activité des hôpitaux d'instruction des armées et des cabinets libéraux d'anatomo cytopathologie (ACP) qui peuvent réaliser des analyses de biologie moléculaires, ne sont pas compilées. Cependant l'activité de génétique somatique est concentrée sur les deux plateformes de biologie moléculaire du cancer labellisées Inca, lesquelles effectuent 98% des examens. L'activité résiduelle est portée par quelques établissements de santé mettant en jeu des techniques simples détectant la mutation JAK2 V617F pour les syndromes myoprolifératifs ou qui confient à l'étranger le test Oncotype de signature génique du cancer du sein.

La biologie moléculaire des cancers est portée par les deux plateformes régionales :

- Paca Est formée par les laboratoires d'anatomo cyto pathologie (ACP) et les laboratoires de biologie médicale du CHU de Nice et du centre Antoine Lacassagne. Le laboratoire des tumeurs solides Professeur Pedeutour marque une spécialisation orientée pour les sarcomes.
- **Paca Ouest** constituée des services d'ACP et les laboratoires spécialisés de biologie de l'AP HM et de l'IPC.

L'oncologie clinique est dépendante de la connaissance de la biologie cellulaire des cancers, méconnaître les altérations de la signalisation de la cellule maligne et ses étapes des voies de signalisation en jeu pourrait conduire par exemple à donner un traitement inutile et couteux dans la moitié des cancers colorectaux métastasés avec un anticorps anti EGFR (KRAS en aval EGFR).

Les cancers sont des maladies des gènes, liés à l'apparition d'altérations, de mutations, de réarrangements de l'ADN des chromosomes. Les modifications majeures intervenant lors de la mitose sont décelables par les techniques de cytogénétique. Les erreurs affectant une base par substitution, par perte (délétion), par adjonction (insertion) sur les gènes, les protéines produites par le gène muté sont altérées et présentent une fonctionnalité modifiée. La caractérisation moléculaire du tissu tumoral par l'analyse des altérations géniques est le plus souvent réalisée à partir des tissus préparés et sélectionnés par le pathologiste et fixés par le formol. Le pathologiste, en amont du laboratoire de biologie moléculaire, examine la morphologie et l'organisation tissulaire de la tumeur et définit sa typologie. Une technique émergente, la biopsie liquide permet d'étudier l'ADN tumoral circulant à partir d'une ponction veineuse.

Les analyses concernent un nombre croissant de gènes et zones d'ADN de plus en plus grandes. La technologie NGS permet d'emblée une analyse par panel de gènes pour donner un portrait mutationnel des tumeurs, les altérations des gènes impliqués constituent des biomarqueurs conditionnant l'accès à des traitements innovants ou thérapies ciblées.

La validation de biomarqueurs sur des coupes tissulaires de tumeurs est en effet désormais incontournable dans la prédiction de réponse à une thérapeutique donnée, le suivi ou l'évaluation pronostique des tumeurs. Par exemple le crizotinib est indiqué dans le cancer bronchique non à petites cellules - CBNPC- si on identifie une translocation des gènes EML4 et ALK.

Les technologies utiles en génétique sont diversifiées de la simple FISH (fluorescence hybridation in situ) sur caryotype, par RT-PCR ou autres technologies PCR, CGH-array, pyroséquençage, séquençage direct NGS et NGS avec librairie de séquençage d'ARN transcrit...

LES TENDANCES EN GÉNÉTIQUE SOMATIQUE DES CANCERS

En 2015 ¼ médicament anticancéreux relève d'une thérapie ciblée et 75% de ces médicaments sont per os. L'incidence des cancers progresse, les données régionales du réseau d'anatomopathologistes et d'épidémiologie CRISAP Paca sont les suivantes :

CRISAP 2015	
Département	Nombre de cas en 2015
Alpes-de-Haute-Pce	548
Hautes-Alpes	738
Alpes-Maritimes	7 836
Bouches-du-Rhône	2 927
Var	5 361
Vaucluse	1 601
Corse	900
Monaco	239
Total	20 150

CRISAP 2015 hors Corse et Monaco	
	Nombre de cas en 2015
Sein	3 484
Trachée bronches poumon	1 337
Peau	3 285
Prostate	2 538
Colorectal	2 046

Crisap intègre 100% ACP 04-05-83-Monaco,

91% 06-60%13-50% 84- 33% Corse

Pour les plateformes d'oncogénétique, l'activité NGS nationale passe de 10 400 tests en 2015 à 26 900 tests en 2016. Par ailleurs les tests MSI augmentent (programme AcSé immunothérapies et cancer colorectal). Apparaît le déploiement du test sur ADN tumoral circulant (tests EGFR- ALK-KRAS en techniques NGS ou PCR digitale). Forte augmentation test EGFR (28563 patients en 2016) pour le cancer du poumon probablement en lien avec les recherches de mutation de résistance. Augmentation de la biologie moléculaire diagnostique tumeurs gliales (7015 patients) et également pour les leucémies 17 417 en 2016. La caractérisation moléculaire des tumeurs va poursuivre son ascension du fait des connaissances acquises, des thérapies innovantes, des évolutions technologiques diagnostiques en génétique moléculaire, du suivi métastatique des cancers sein-poumon-colorectal et de l'incidence des cancers. Près de 5 % des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles. La progression du nombre de consultations dédiées au syndrome seins-ovaires devrait se poursuivre dans les années à venir avec l'arrivée de thérapies ciblées s'adressant à des patientes porteuses d'une altération génétique constitutionnelle.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Développer la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances en génomique, en biologie cellulaire pour les pathologies héréditaires ou carcinologiques.

OBJECTIF 2 : Renforcer les relations avec les professionnels de ville.

OBJECTIF 3 : Garantir l'accès aux innovations et aux thérapeutiques innovantes.

OBJECTIF 4 : Accéder à la médecine personnalisée du cancer du sein.

OBJECTIF 5 : Accompagner la montée en charge de l'immunothérapie qui connaît un développement exponentiel avec la mise au point d'anticorps anti PD1/PDL1.

OBJECTIF 6 : Déployer la biopsie liquide.

OBJECTIF 7 : Mettre en place une culture de la qualité et de la pertinence des actes et des examens.

OBJECTIF 1 : Développer la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances en génomique, en biologie cellulaire pour les pathologies héréditaires ou carcinologiques

OBJECTIF 2 : Renforcer les relations avec les professionnels de ville

Dans les dix prochaines années, la cancérologie tendra vers des soins moins invasifs et une moindre présence du patient à l'hôpital. Pour les maladies rares, il est important pour les patients d'accéder à l'expertise, de trouver le(s) gène(s) responsable(s) de chaque maladie d'origine génétique.

- Améliorer le repérage et la prise en charge précoces des maladies rares et éviter les errances diagnostic pour améliorer la prise en charge des maladies rares.
- Les plateformes de génétique moléculaire doivent valoriser leurs résultats d'examen de l'ADN dans les bases de données nationales pour le soin et à destination de la recherche pour aboutir à des tests diagnostiques fonctionnels et pour l'interprétation des variants.

OBJECTIF 3 : Garantir l'accès aux innovations et aux thérapeutiques innovantes

- Poursuivre l'implémentation NGS
- Intégrer les innovations en relation avec l'édition génomique CRISPR Cas9
- Disposer des technologies telles que les biopsies liquides, la PCR microfluidique ou PCR digitale en gouttelettes, de la technologie single molecule...
- Décliner en région Paca les options qui seront définies par le «plan France médecine génomique 2025» avec une future plateforme de séquençage à très haut débit.

OBJECTIF 4 : Accéder à la médecine personnalisée du cancer du sein

A partir de tissus tumoraux, des tests permettent d'évaluer le risque de métastases à cinq ans, marqueur pronostic de la sévérité de l'affection, de déterminer le zéro chimiothérapie (MammaPrint-Prosygnia). Les laboratoires régionaux doivent apporter une réponse aux cliniciens.

OBJECTIF 5 : Accompagner la montée en charge de l'immunothérapie qui connaît un développement exponentiel avec la mise au point d'anticorps anti PD1/PDL1.

OBJECTIF 6 : Déployer la biopsie liquide

La capture et analyse de cellules tumorales circulantes ou de fragments ADN tumoral circulant offre de nouvelles perspectives à partir d'une prise de sang et permet de compléter ou de suppléer les biopsies chirurgicales.

Ce geste non invasif qui peut être répété à la demande se positionne pour les cancers métastatiques, pour les résistances aux traitements, le monitoring et la sélection des traitements. L'ADN circulant devrait permettre une détection précoce des rechutes, appréhender la maladie résiduelle et suivre la progression de la maladie. Il se révèle également utile si la biopsie tissulaire est de mauvaise qualité.

OBJECTIF 7 : Mettre en place une culture de la qualité et de la pertinence des actes et des examens

Les plateformes de séquençage, organisées en réseaux, doivent diffuser de l'excellence sur les territoires de santé auprès des professionnels de santé et notamment les prescripteurs pour harmoniser les demandes d'actes de biologie moléculaire dans un souci d'équité pour les patients et de pertinence afin de garantir la meilleure prise en charge.

Elles doivent produire et appliquer les «Bonnes pratiques» ou les recommandations des sociétés savantes comme l'INCA, l'ANPGM (association des praticiens de génétique moléculaire)...Par exemple en pharmacogénétique, le groupe GPCO UNICancer Réseau national de pharmacogénétique (RNPGx) a publié en 2016, des recommandations sur les modalités de dépistage des déficits en DPD dihydropyrimidine déshydrogénase pour les patients traités par 5 FU ou capecitabine. Cette population représente environ 90 000 cas nouveaux par an, alors que les toxicités létales peuvent atteindre 2% des patients sous traitement.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Les connaissances en génomique et en biocellulaire pour les pathologies héréditaires ou carcinogènes sont mieux diffusées et utilisées.
- Le repérage et la prise en charge des maladies rares sont améliorés.
- Les plateformes de génétique moléculaire valorisent leurs résultats d'examen de l'ADN dans les bases de données nationales.
- L'accès aux innovations et aux thérapies innovantes est garanti.
- L'accès à la médecine personnalisée du cancer du sein est garanti.
- La montée en charge de l'immunothérapie est accompagnée.
- La biopsie liquide est déployée sur le territoire.
- Les plateformes de séquençage produisent et appliquent les bonnes pratiques et les recommandations des sociétés savantes

3.4.5 CANCERS

CONTEXTE

Le cancer est un enjeu majeur de santé publique : il reste la première cause de mortalité avec 40% de cancers évitables malgré une évolution majeure en termes d'innovations dans les stratégies thérapeutiques.

En région Paca, 223 000 personnes ont été prises en charge pour un cancer actif ou sous surveillance en 2014.

Les cancers les plus fréquents sont par ordre décroissant, les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum chez les hommes et les cancers du sein, du colon-rectum et du poumon chez les femmes. L'âge médian au diagnostic est estimé à 68 ans chez l'homme et à 67 ans chez la femme.

Le cancer reste la première cause de mortalité en région Paca, responsable de 28% des décès et de 41% des décès prématurés (< 65 ans) devant les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires.

Compte-tenu de ces évolutions démographiques (accroissement et vieillissement de la population française), il est projeté une hausse du nombre de nouveaux cas de cancers mais une stabilisation du nombre de décès par cancer.

Le vieillissement de la population conduit à prendre en charge des patients de plus en plus âgés présentant une hétérogénéité dans leur autonomie et leur vieillissement fonctionnel et nécessitant l'évaluation de cette autonomie avant la prise en charge du cancer.

Certaines données épidémiologiques sont plus spécifiques en région Paca avec :

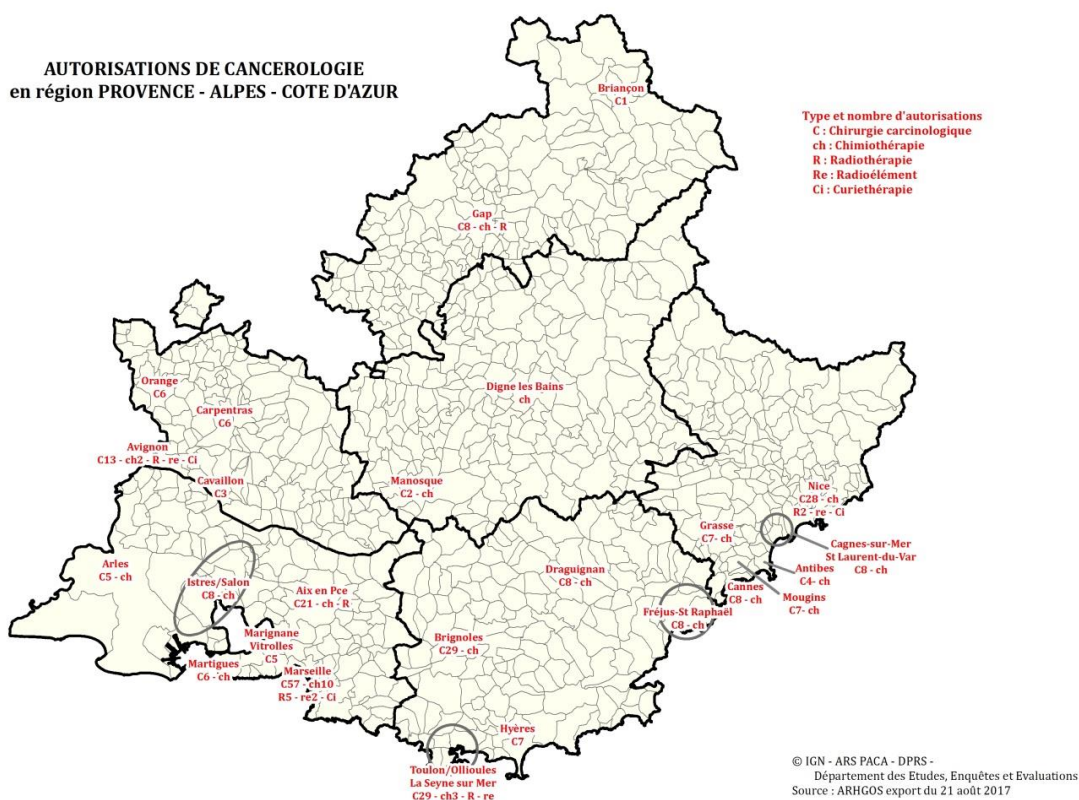
- l'augmentation de la mortalité par cancer de la peau du fait de l'augmentation de l'incidence des mélanomes cutanés. Les habitudes d'exposition au soleil ainsi qu'aux UV artificiels au cours des quarante dernières années sont en partie responsables de cette évolution ;
- une augmentation du poids du cancer du poumon chez la femme avec une sur-incidence de 11 % par rapport à la France et une augmentation de 30% de la mortalité féminine par cancer du poumon. Ce constat est en rapport avec une consommation de tabac chez les femmes en PACA supérieure à la moyenne nationale.

Caractéristiques de l'organisation de l'offre de soins en région Paca

L'organisation en région est basée sur la dynamique du réseau régional de cancérologie (RRC) ONCOPACA Corse qui a des missions d'information, de collaboration étroite avec les centres de coordination en cancérologie (3C) dans l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), du dispositif d'annonce et de l'après cancer. Le RRC a ouvert un portail internet ProInfosCancer (PIC), destiné aux professionnels de santé.

L'offre de soins en cancérologie est une activité soumise à seuils que ce soit dans le domaine de la chirurgie, de la chimiothérapie ou de la radiothérapie.

La prise en charge du cancer s'appuie sur les centres hospitaliers universitaires. Sur l'Ouest de la région, avec les deux établissements hospitalo-universitaires de référence que sont l'AP-HM (Centre Hospitalo-universitaire ou CHU) et l'IPC (Centre de lutte contre le cancer ou CLCC). A l'Est, les diagnostics et traitements sont conduits sous la référence du CHU de Nice et du Centre Antoine Lacassagne (CLCC). Ces structures de prise en charge du cancer, incontournables de la région doivent pouvoir travailler dans un contexte de coopération sans concurrence délétère. Certaines spécialités relèvent plus de structures que d'autres de par leur organisation et l'historique.



ENJEUX

L'IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION POUR RÉDUIRE LES CANCERS ÉVITABLES.

Le rôle de la prévention contre le tabagisme et l'alcool est important pour réduire le taux de 40% de cancers évitables. La mobilisation collective des autorités de santé pour la réduction du tabagisme s'est concrétisée par la mise en place du paquet neutre et le triplement du forfait des substituts nicotiniques. L'objectif est de protéger les jeunes de l'entrée dans cette addiction et d'encourager son arrêt pour tous. Plusieurs actions ont été menées en région Paca avec la rédaction d'un Programme Régional de Réduction du Tabagisme (PRRT) pour les années 2016 à 2019.

Depuis 2004, des campagnes nationales de prévention encouragent la prévention de l'exposition solaire excessive. Les populations de faible statut socio-économique adhèrent moins à ces recommandations que les populations plus favorisées. Le rôle de la nutrition est également important avec la promotion du «bien manger» et plusieurs actions de prévention de l'obésité menées en région Paca et pouvant avoir un impact indirect sur l'incidence de certains cancers liés à l'obésité.

Plusieurs exposants professionnels jouent un rôle sur l'incidence de différents types de cancer dans la région et doivent faire l'objet d'une attention particulière.

L'ACCÈS DE TOUS À UN DÉPISTAGE DE QUALITÉ.

Le dépistage organisé (DO) des cancers (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus) est confié à des structures départementales ou interdépartementales qui assurent la gestion des invitations, le suivi des résultats, le contrôle de la qualité et la communication auprès du public et des professionnels. Ces structures sont cofinancées par l'ARS, l'Assurance maladie et les Conseils départementaux.

Le diagnostic à un stade de plus en plus précoce améliore la survie du cancer du sein. En 2013-2014, 36,4 % des femmes âgées de 50-74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein en

Paca, mais seulement 24,4 % des bénéficiaires de la CMUC. Cette participation est de 30% inférieure à la moyenne nationale (52,1%) et en baisse constante depuis 2008 (-4,3% entre 2008 et 2014 en France et en Paca). En prenant en compte le dépistage individuel par mammographie, on arrive à une participation de 60,2 % dans la région et de 49,2 % chez les bénéficiaires de la CMUC.

Des femmes âgées de plus de 74 ans ayant arrêté leur surveillance, sont parfois vues avec des diagnostics tardifs de tumeurs du sein au stade ulcéré ou rétracté, grevant leur qualité de vie et leur survie. L'amélioration du dépistage du cancer du sein par des examens systématiques des seins des femmes âgées lors des consultations de médecine générale doit être un objectif pour les 10 prochaines années.

Le dépistage du cancer colon est désormais plus sensible grâce au test immunologique. On observe une disparité territoriale des taux de participation au DO, le taux de la région Paca étant parmi les plus bas de France métropolitaine en 2015-2016 : 22,4% contre 29,3% au niveau national.

Action phare du Plan cancer 2014-2019, le dépistage généralisé du cancer du col de l'utérus se prépare. Pour réduire de 30 % son incidence et sa mortalité d'ici à 10 ans. Un enjeu majeur quand on sait que, selon les données nationales, 90 % de ces cancers pourraient être évités et que 31 000 femmes ont chaque année des lésions précancéreuses ou cancéreuses. Alors que plus de 3 000 sont touchées par une forme invasive et que plus de 1 000 en meurent.

En région Paca, la préparation et l'organisation des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été confiées par l'ARS Paca à la structure Arcades pour l'ensemble de la région.

■ LA FRAGILITÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ.

La précarité de certaines populations les rend plus fragiles face au cancer, en termes de prévention, de dépistage et de prise en charge. Les progrès thérapeutiques actuels contribuent à transformer des pathologies cancéreuses, au pronostic redoutable il y a encore quelques années, en maladies «chronicisées» même si l'évolution des cancers ne doit pas être apparentée à celle des maladies chroniques.

■ AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE EN PROXIMITÉ.

Les problématiques des cancers doivent être prises en compte comme celles de maladies chroniques, avec en particulier l'amélioration des soins de proximité dans le parcours de ces patients, et une bonne réactivité dans les épisodes «aigus» du parcours.

Le développement des chimiothérapies orales et des thérapies ciblées va probablement augmenter le nombre de patients pris en charge à leur domicile. D'ici à 2020, la proportion de traitements par voie orale pourrait passer des 25 % actuels à 50 %. Les choix thérapeutiques seront de plus en plus variés et complexes avec des patients de plus en plus ambulatoires du fait notamment de la prolongation de survie de certains stades métastatiques.

L'efficacité des soins de proximité a un impact majeur sur la qualité de vie des patients, leur parcours et d'un point de vue économique. L'importance de l'observance de ces traitements, la connaissance de leurs effets secondaires potentiels et la détection des symptômes évocateurs doivent faire partie des capacités offertes aux patients. Ils sont demandeurs d'informations et/ou de formations, afin d'être en capacité d'être associés aux décisions qui les concernent.

■ LES APPORTS DE LA MÉDECINE GÉNOMIQUE PERSONNALISÉE.

L'amélioration des connaissances scientifiques du génome humain et des mécanismes d'action des gènes et de leurs mutations conduit à proposer aux patients des traitements d'avantage personnalisés. La caractérisation des tumeurs à l'aide de la biologie moléculaire devrait également profiter aux patients métastatiques dans le suivi de leurs tumeurs et l'adaptation des traitements permettant une tendance à la désescalade thérapeutique. La biopsie liquide sera probablement dans les années à venir une alternative à la biopsie tissulaire dans plusieurs indications. En effet, elle permet d'identifier des récidives précoces de la maladie, des détections précoces de résistances aux

immunothérapies et donc de monitorer la maladie métastatique. Ses intérêts sont majeurs dans le mélanome, les cancers pulmonaires et colo-rectaux.

Les difficultés liées au développement de la médecine génomique sont de plusieurs ordres :

- un problème financier potentiel si les analyses dites de premier niveau sont confiées aux laboratoires privés ;
- la démographie médicale et en ingénieurs : actuellement, il est constaté un manque d'internes du DES de biologie médicale formés en biologie moléculaire et un déficit marqué d'ingénieurs formés en génomique et bio-informatique ;
- le diagnostic génétique des tumeurs doit être amélioré en termes de lisibilité et d'accès pour les patients. En effet, l'enquête régionale « Circuit des examens de Génétique Moléculaire des Tumeurs », menée en 2015 par le RRC, a permis de mettre en évidence la grande hétérogénéité des pratiques dans ce domaine au sein des établissements autorisés au traitement du cancer.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Proposer une offre régionale de prévention et de dépistage des cancers.

OBJECTIF 2 : Prendre en compte les facteurs environnementaux dans l'apparition des cancers en plus des mesures de prévention présentées dans la santé environnementale.

OBJECTIF 3 : Améliorer la lisibilité de l'offre de prise en charge.

OBJECTIF 4 : Anticiper sur les nouvelles organisations.

OBJECTIF 5 : Construire l'articulation des soins en lien avec la ville.

OBJECTIF 6 : Proposer des formations aux usagers et aux professionnels de santé.

OBJECTIF 7 : Insérer chacune de ces actions dans un plan global de qualité.

OBJECTIF 1 : Proposer une offre régionale de prévention et de dépistage des cancers.

- Poursuivre les démarches de prévention pour des comportements favorables à la santé : la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme excessif, éducation nutritionnelle et lutte contre l'obésité des jeunes.
- Consolider le travail avec les partenaires institutionnels pour prévenir les cancers professionnels.
- Poursuivre le déploiement territorial du dépistage organisé des cancers de la femme, rénover le programme de dépistage du cancer du sein, améliorer les conditions du diagnostic précoce des cancers gynécologiques.
- Sensibilisation des médecins aux dépistages spécifiques des cancers de la femme, y compris chez la femme âgée.

OBJECTIF 2 : Prendre en compte les facteurs environnementaux dans l'apparition des cancers en plus des mesures de prévention présentées dans la santé environnementale.

OBJECTIF 3 : Améliorer la lisibilité de l'offre de prise en charge

- Faciliter le recours aux experts.
 - Travailler avec les experts en hématologie afin de mutualiser leurs compétences et faciliter le recours à un avis.
 - Poursuivre l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires spécialisées : les RCP pour cancers rares font déjà l'objet d'un recensement et d'un affichage sur le site du RRC OncoPaca Corse. D'autres RCP comme celles d'hématologie, devraient faire l'objet d'une clarification du fonctionnement et d'un partage de l'accessibilité à tous les acteurs de la région afin d'inciter à une prise en charge de qualité pour les pathologies malignes hématologiques, qu'elles soient aiguës ou chroniques.
 - Réaliser un annuaire régional des soins de support : afin d'élargir l'accessibilité des patients aux soins de support, l'ensemble des acteurs de la cancérologie intégrera dans cet annuaire les services qu'ils ont mis en place dans les structures autorisées. Le réseau OncoPaca Corse est en charge de cet annuaire sur la plateforme PIC.
 - Renforcer le maillage et la collaboration entre les structures de spécialités et de soins palliatifs (équipes mobiles de soins palliatifs, réseaux de soins palliatifs, HAD) par une meilleure visibilité sur le répertoire des ressources
 - ✓ Améliorer la visibilité des HAD en définissant des territoires d'intervention et en homogénéisant les prises en charge spécifiques sur le territoire (par exemple : Soins palliatifs, chimiothérapie, oncopédiatrie....)
 - ✓ Permettre l'information des urgentistes, pour qu'ils aient directement accès aux avis des spécialistes en cas d'urgence et à une filière fluide pour ces patients fragiles
 - ✓ Mettre cette information à disposition des usagers, de plus en plus acteurs dans leur prise en charge et de plus en plus familiers avec le numérique et la e-santé.

OBJECTIF 4 : Anticiper sur les nouvelles organisations

- **Organiser des plateaux techniques adaptés et de qualité**
 - Organiser la gradation des soins et prévoir l'utilisation mutualisée entre les équipes des plateaux techniques les mieux équipés. Les évolutions attendues de l'organisation de la chirurgie, de la radiologie interventionnelle et la révision annoncée des critères d'agrément de la cancérologie vont tenir compte des évolutions technologiques ayant des implications dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients. Dans ce contexte, il n'apparaît pas opportun de prévoir de nouveaux sites de prises en charge.
 - Informatiser le circuit de demande de tests de génétique moléculaire, pour développer le recours à la médecine génomique personnalisée. Il sera nécessaire de l'informatiser, afin d'avoir un résultat facilement accessible. Ce circuit pourrait être intégré au dossier communicant de cancérologie par le biais du futur logiciel de RCP régional, e-RCP. L'utilisation de ce logiciel pourra être généralisée à toutes les structures autorisées dans la prise en charge du cancer en région Paca. L'ARS Paca sera vigilante sur l'aspect financier de la génomique tumorale.
- **Organiser les suites des prises en charges pour les patients complexes**
 - Identifier des structures de soins de suite capables de recevoir des patients lourds, poly pathologiques, complexes, que ce soit dans les suites d'un traitement chirurgical ou d'un traitement médical afin de les aider à retrouver une autonomie tout en apportant les soins que nécessite leur prise en charge. Ces structures devront être équipées en moyens pour délivrer des soins palliatifs aux patients qui en relèvent et

des soins de support de qualité. La typologie des patients relevant des soins de suite et de réadaptation devra être précisée en accord avec les professionnels de santé.

- Formaliser les coopérations territoriales au sein des groupements hospitaliers de territoires, pour répondre aux objectifs d'accessibilité aux soins, d'homogénéisation des pratiques, d'amélioration de la pertinence des soins et du bon usage des dépenses d'assurance-maladie.

- Poursuivre le virage ambulatoire dans la prise en charge du cancer

- Développer des hôpitaux de jour pluridisciplinaires où le patient pourra avoir accès à des circuits diagnostiques rapides en ambulatoire et où il pourra avoir l'évaluation de ses besoins de soins de support par des professions médicales et paramédicales disponibles. Ces hôpitaux de jour auront un intérêt surtout pour les patients les plus fragiles comme les patients âgés, en perte d'autonomie, les patients dénutris, atteints de handicap physique ou psychique ou les patients isolés sur le plan social.
- Développer l'offre de soins de support, de manière pluridisciplinaire en mutualisant les ressources au sein de structures pluridisciplinaires mais également au niveau de la ville avec une amélioration de certaines prises en charge ambulatoires. Dans ce contexte, le développement de la rééducation ambulatoire par des structures de SSR aura un intérêt.
- Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire.
- Accompagner les progrès de la radiothérapie avec des volumes cibles de plus en plus précis et le développement de la radiothérapie hypo-fractionnée. On estime que la réduction du nombre de séances concernera la moitié des traitements des cancers du poumon et 45 % des traitements des cancers du sein. La radiothérapie per-opératoire permettra de remplacer 25 séances de radiothérapie par une seule au moment de la chirurgie.
- Soutenir le développement de nouveaux métiers. Les infirmières de coordination ont un rôle majeur dans l'organisation du parcours de ces patients et dans le lien avec les soins de proximité. La délégation de tâches des médecins vers les professionnels paramédicaux sera également une réponse face à la raréfaction de certaines spécialités (en hématologie par exemple), et la tension sur certaines pathologies.
- Favoriser le développement et la prescription de l'HAD pour les patients qui en relèvent pour organiser des prises en charge sécurisées et confortables pour ces patients.

- Rapprocher les structures majeures impliquées dans la prise en charge du cancer dans la région.

Il est nécessaire d'améliorer la visibilité de ces organisations en organisant la gradation des prises en charge. C'est le cas de l'hématologie qui doit pouvoir se faire dans des conditions de sécurité minimale avec accès à une réanimation spécialisée ou formée aux pathologies hématologiques.

Si on prend l'exemple de l'AP-HM et de l'IPC, il est souhaitable que ces structures poursuivent leur coopération comme elles le font déjà dans certaines thématiques comme l'oncogériatrie et l'oncofertilité et dans la recherche.

Le rapprochement de ces structures ainsi que du CAL et du CHU de Nice sera indispensable dans la prise en charge spécifique des Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) qui nécessitent des expertises conjointes des oncopédiatres et des oncologues médicaux. Hors les spécialités d'oncopédiatrie sont rattachées aux CHU. C'est le cas de l'AJA team créée au CHU de Nice fin 2016 et qui doit poursuivre son intervention au sein du CAL. Au sein de l'AP-HM et de l'IPC un projet conjoint a été rédigé et une RCP AJA de recours inter-établissement a débuté en octobre 2017.

Le rapprochement de ces 4 structures sera indispensable et permettra de rendre incontournable l'expertise de ces centres concernant la prise en charge des adolescents et jeunes adultes par une validation de leur traitement en RCP de recours inter-établissement voire régionale.

- **Développer les consultations du risque sur des territoires expérimentaux.**

En raison des spécificités des besoins des territoires, deux consultations du risque ont été développées dans les Bouches-du-Rhône, avec le CH de Martigues (expositions sur le bassin industriel de l'Etang de Berre), et dans le Vaucluse, avec l'Institut Sainte Catherine, du fait des expositions des travailleurs à l'amiante et qui prévoit une extension de son activité en lien avec le CH d'Avignon sur les expositions aux pesticides.

OBJECTIF 5 : Construire l'articulation des soins en lien avec la ville

- Utiliser les outils informatiques pour partager l'information sur les patients : la messagerie sécurisée permet d'informer le médecin traitant dans des délais brefs, et compatibles avec ceux de la décision médicale, de faire un retour d'information ou un questionnement des spécialistes référents au médecin traitant. L'administration de chimiothérapies ou de thérapies ciblées par voie orale améliore le confort de vie des patients et limite les déplacements vers l'hôpital. Néanmoins les produits administrés sous cette forme ne perdent pas leur toxicité et ces toxicités sont régulièrement découvertes à un stade tardif. La gestion de la toxicité potentielle de ces thérapies orales rend indispensable les échanges entre l'équipe de proximité et l'établissement de santé référent. Les pharmaciens de ville et d'établissement auront un rôle majeur dans la conciliation médicamenteuse pour les patients atteints de cancer
- .Elaborer les protocoles de suivi, afin de préciser au médecin traitant ou à la structure d'accueil, les soins complémentaires dont le patient a besoin dans les suites de la prise en charge spécialisée. Ils sont à définir aussi bien dans les suites opératoires que dans les prises en charges médicamenteuses.
- Soutenir l'utilisation des outils connectés. L'étude du Dr Fabrice Denis, présentée à l'ASCO en 2017 et publiée dans J Natl Cancer Inst (2017 ; 109 (9) a montré leur impact positif sur la survie, meilleur que certaines thérapies anti-cancéreuses. La mise en application de ces outils devra faire l'objet d'évaluations tant médicales que médico-économiques afin de pouvoir mesurer la reproductibilité des expérimentations financées. Utiliser la télémédecine pour faciliter l'accès aux consultations de recours et les échanges entre le patient, les professionnels de proximité et les professionnels des établissements de santé.
- Solliciter les plateformes territoriales d'appui pour améliorer la lisibilité et l'utilisation des fonctions d'appui à la coordination des parcours complexes. Les PTA sont des interlocuteurs privilégiés des professionnels de santé et des établissements de santé pour organiser l'utilisation des fonctions d'appui.

OBJECTIF 6 : Proposer des formations aux usagers et aux professionnels de santé

- Poursuivre et adapter le développement des programmes d'éducation thérapeutique aux évolutions des traitements.
- La formation du patient permet l'acquisition des compétences qui maintiendront l'autonomie de la personne et feront diminuer les complications. Les programmes d'éducation thérapeutique, qui sont actuellement adaptés pour former les patients à certaines prises en charge (par exemple la gestion des thérapies orales) se révèlent trop lourds et trop complexes pour former les patients à d'autres traitements : maniement d'une prothèse par exemple. Il nous faut rester à l'écoute des projets et accompagner les expérimentations dans ce domaine.
- Développer et mutualiser les dispositifs de patient-expert, qui ont fait leur preuve à l'étranger.

- Soutenir les dispositifs de e-learning à destination des professionnels de santé libéraux pour mettre à jour ou maintenir leurs compétences dans ce secteur qui connaît d'importantes innovations.

OBJECTIF 7 : Insérer chacune de ces actions dans un plan global de qualité.

- **Mesurer les délais.**
Les actions biologiques des traitements des cancers doivent, pour être efficaces, respecter un minimum de normes dont certaines sont référencées. A ce titre la mesure des délais de prises en charge est un indicateur important pour s'assurer du service rendu au patient.
- **Veiller à la pertinence des actes, des actions et dispositifs.**
L'introduction des seuils, le développement de nouveaux actes et technologies, peuvent susciter un engouement au détriment de la pertinence des indications. Le suivi d'indicateurs de pertinence des parcours de soins permettra d'observer la cohérence entre la réalité des prises en charge et les recommandations de bonnes pratiques.
- **Mesurer la survie et la qualité de vie du patient.**
L'observation des résultats des dispositifs mis en place sur la survie et la qualité de vie des patients est nécessaire pour proposer des améliorations ou des corrections. Le réseau régional de cancérologie OncoPaca Corse, partenaire de l'ARS, sera en charge d'élaborer, de mettre en place et de suivre ces différentes actions de suivi des résultats.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Les hospitalisations via les urgences pour les patients suivis pour un cancer ont régressé.
- Le taux de chirurgie ambulatoire en cancérologie a augmenté.
- Les taux de dépistage des cancers du sein et du colon se sont améliorés.
- Cancers évitables : le nombre de consommateurs de cigarettes et d'alcool a diminué
- Le taux de couverture vaccinale contre le HPV a augmenté.

3.4.6 INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

CONTEXTE

Incidence en Paca en 2015 : 1025 nouveaux patients dont 967 dialysés en Paca, 22 dialysés hors Paca et 36 greffes préemptives (réalisées avant passage en dialyse).

L'évolution de l'incidence en Paca (données REIN) : 679 nouveaux patients en 2004, 904 en 2011 et 1025 en 2015.

Prévalence globale en Paca en 2015 : 6812 patients (répartis ainsi = 4120 en dialyse et 2692 en greffe).

Greffes : en 2015 239 greffes dont 27 par donneurs vivants (11% Paca contre 16 % France) ; stabilité sur les dernières années. Au total il y a 2456 greffés rénaux.

Un grand nombre de facteurs de risque nécessite une politique de prévention ciblée :

- le diabète : 41,2 % des nouveaux dialysés de Paca sont diabétiques (vs 5,1 % dans la population générale Paca) ;
- les maladies cardio-vasculaires (dont pathologies coronariennes, insuffisance cardiaque, Hypertension artérielle) : au moins une de ces comorbidités est retrouvée dans 57,7 % de ces patients ;
- l'obésité (analysée séparément) : 20 % des patients ont un Indice de Masse Corporelle supérieure ou égal à 30 versus 11,7 % dans la population générale Paca).

L'entrée précoce dans une filière de prise en charge à un impact majeur sur l'espérance de vie. En effet en Paca, l'âge médian des dialysés incidents est de 76,6 ans (vs 71,4 ans en France métropolitaine, soit l'un des plus élevés.

La greffe rénale est le traitement le plus efficace de l'insuffisance rénale chronique terminale. La Haute autorité de santé reconnaît qu'elle procure la meilleure qualité de vie. Notre région situe au 18ème rang en France en 2013 pour l'inscription des patients de moins de 60 ans sur la liste d'attente pour l'accès de la greffe à M0 et au 17ème rang à M3.

Identification des grandes ruptures et/ou problématiques

L'insuffisance rénale chronique est une maladie silencieuse et insidieuse. Elle concerne un grand nombre de patients et a des conséquences fortes sur la qualité de vie-

Les coûts liés sont importants. La prévention de cette maladie doit encore se développer pour enrayer l'évolution croissante du nombre de nouveaux cas.

Cette maladie est mal connue des usagers et patients, un réel déficit d'information est constaté sur ses facteurs de risques et sur ses conséquences.

Le suivi des patients diagnostiqués à risque ou devenus insuffisant rénaux chroniques mériterait d'être amélioré, pour anticiper et limiter les dégradations de l'état de santé.

Le parcours de santé du patient porteur d'une insuffisance rénale chronique comprend l'intervention de plusieurs professionnels et leur coordination est insuffisante.

La dialyse est un traitement lourd (3 fois/semaine 4 à 5h en moyenne par séance) qui impacte fortement l'organisation quotidienne du patient.

Le parcours pour l'inscription sur la liste d'attente à la greffe est compliqué et le suivi des patients greffés doit être mieux organisé pour éviter les perdus de vue.

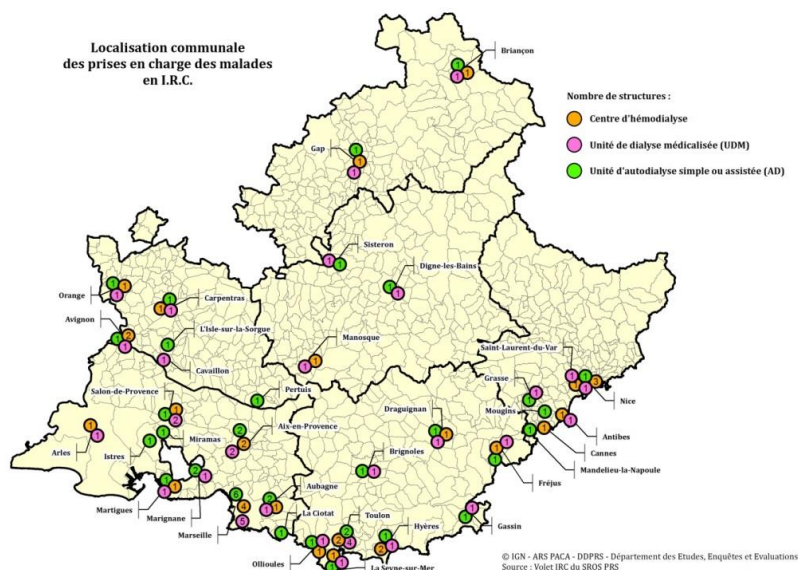
Caractéristiques de l'offre

L'offre de soins en IRC est conséquente dans notre région, mais il existe des inégalités de répartition entre les territoires. Le nombre de patients traités en centres en bien supérieur à celui constaté sur le reste du territoire national (68 % en Paca contre 59% en France)

L'offre de soins à domicile (dialyse péritonéale, hémodialyse, hémodialyse à bas débit) est peu développée, elle être d'avantage proposée. L'offre de proximité pourra être renforcée en s'appuyant sur la télémédecine.

ENJEUX

- Améliorer le repérage des facteurs de risques comme le diabète et l'HTA, le suivi régulier des patients dépistés et l'information des patients sur leur maladie et son évolution sont autant de démarches à amplifier pour éviter ou retarder l'apparition de la maladie mais également ralentir son évolution. Construire une nouvelle relation entre les patients et les soignants à travers une meilleure information du patient et le changement des pratiques des professionnels de santé, ceci afin d'apprendre au patient à mieux gérer sa vie avec une maladie chronique et changer ses comportements face à la maladie
- Diminuer le nombre de dialyse en urgence et le nombre de patients arrivant en suppléance.
- Privilégier le traitement par dialyse en dehors des centres, à proximité du lieu de vie du patient, dans des structures ou à domicile avec les différentes techniques existantes : dialyse péritonéale, hémodialyse et hémodialyse à bas débit. La prise en charge à domicile est à développer (4,5 % de dialyse péritonéale à domicile en Paca ; 6,5 % en France).
- Augmenter le nombre de patients greffés et l'inscription sur la liste d'attente pour l'accès à la greffe chez les personnes de moins de 60 ans.



La e-santé et la télémédecine offrent de nouvelles possibilités pour sécuriser les soins à distance.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Renforcer la politique de prévention et le repérage précoce de l'insuffisance rénale chronique.

OBJECTIF 2 : Améliorer l'information du patient, et de ses proches, sur sa maladie, son traitement et son suivi.

OBJECTIF 3 : Améliorer le suivi des patients pour retarder la mise en œuvre de la suppléance (dialyse-greffe stade 4-5) et éviter le nombre trop important de dialyses en urgence.

OBJECTIF 4 : Identifier des « filières de soins dialyse-greffe » pour optimiser la gradation des soins et privilégier la prise en charge des patients hors centre et à proximité de leur domicile

OBJECTIF 5 : Adapter les prises en charge des patients en situation complexe, en situation de dépendance ou de handicap.

OBJECTIF 6 : Promouvoir la greffe, particulièrement préemptive et par donneurs vivants et améliorer l'inscription sur la liste d'attente pour l'accès à la greffe.

OBJECTIF 7 : Développer la formation et l'exercice des infirmières de pratiques avancées en néphrologie.

OBJECTIF 1 : Renforcer la politique de prévention et le repérage précoce de l'insuffisance rénale chronique.

- Impliquer tous les professionnels de santé du premier recours. L'information et la formation des médecins généralistes et spécialistes ainsi que des autres professionnels de santé pourra prendre des formes différentes, associant la formation initiale, la formation continue et les démarches d'information menées par l'assurance maladie.
- Renforcer le rôle de tous les professionnels intervenant dans le suivi et l'accompagnement des patients : les pharmaciens, sur la iatrogénicité, la néphrotoxicité des molécules (ex AINS), la prévention ; les biologistes, sur la surveillance de résultats biologiques et la réalisation de courbes de surveillance : les infirmières sur le suivi des patients à risque ou en ALD, le suivi du cahier de surveillance, le lien avec le médecin généraliste ou spécialiste.
- Mettre en place des campagnes d'information de tous les publics, sur l'éducation à la santé, sur le don d'organes, en lien avec l'éducation nationale, les coordonnateurs hospitaliers de prélèvement, et les médias.

OBJECTIF 2 : Améliorer l'information du patient, et de ses proches, sur sa maladie, son traitement et son suivi.

- Participer à la création d'une plateforme d'information et de formation des patients, accessible à tous. Le contenu de cette plateforme sera constitué d'informations simples et compréhensibles, utilisant les différentes formes de media disponibles (par exemple, des vidéos). Ce contenu sera élaboré avec des médecins spécialistes et approuvé par un comité scientifique. Cette plateforme pourra également proposer une offre d'e-learning, pour conforter l'information donnée aux patients pendant la consultation d'annonce et lors des séances d'éducation thérapeutique.
- Développer l'offre d'éducation thérapeutique du patient dans la proximité et sur tout le territoire, notamment dans les cabinets de médecins libéraux, dans les structures d'exercice coordonné type maison de santé pluri professionnelles ou centre de santé.
- Elaborer des recommandations régionales pour la consultation d'annonce.
- Développer et rendre lisible l'offre de soins de support : diététicien, psychologue, assistante sociale, éducation thérapeutique.

OBJECTIF 3 : Améliorer le suivi des patients pour retarder la mise en œuvre de la suppléance (dialyse-greffe stade 4-5) et éviter le nombre trop important de dialyses en urgence.

- Expérimenter l'accompagnement par une infirmière, qui anticipera les étapes nécessaires à la prise en charge du patient, s'assurera de la bonne réalisation des dossiers nécessaires pour l'inscription de la liste de greffe, et préparera les bonnes conditions pour l'entrée en dialyse.
- Identifier les critères de pertinence des dialyses, mettre en place le suivi pour préciser les dialyses potentiellement évitables.

OBJECTIF 4 : Identifier des «filiales de soins dialyse-greffe» pour optimiser la gradation des soins la prise en charge hors centre et à proximité du domicile du patient

- Analyser l'organisation territoriale de l'offre de soins existante, en identifiant les points forts et les points faibles. Proposer des actions ciblées d'amélioration sur les filiales qui ne répondent pas aux objectifs fixés.

- Identifier et rendre visibles des filières de soins dialyse-greffe. Ce sont des regroupements d'établissements sur une zone géographique définie offrant les quatre modalités de traitement sous l'autorité d'une équipe de néphrologues. L'analyse de l'activité, notamment celles du registre REIN, se réalisera ensuite par filière. Elle aura notamment pour objet d'identifier les leviers d'amélioration à mettre en place pour la prise en charge de l'IRC.
- Déployer les outils de la télémédecine, en particulier dans les zones fragiles : télésurveillance pour les patients dialysés, téléconsultation demandée par une infirmière intervenant dans une unité de dialyse située à proximité du domicile des patients et loin du néphrologue.
- Optimiser les conditions de réalisation des dialyses au domicile.
- Expérimenter des organisations permettant les prises en charge à proximité du domicile, par exemple avec la création d'une unité de dialyse médicalisée mobile dans des zones isolées, pour prendre en charge les patients fatigués par les transports et qui ne peuvent pas bénéficier d'une dialyse à domicile.

OBJECTIF 5 : Adapter les prises en charge des patients en situation complexe, en situation de dépendance ou de handicap.

- Proposer une prise en charge pluri-disciplinaire néphrologue - consultations spécialisées (gériatre ou autre) - service sociaux, afin de retarder la mise en dialyse systématique.

OBJECTIF 6 : Promouvoir la greffe, particulièrement préemptive et par donneurs vivants et améliorer l'inscription sur la liste d'attente pour l'accès à la greffe.

- Identifier un coordonnateur du parcours du patient en pré-greffe, qui assurera également le suivi post-greffe.
- Organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires par visioconférence pour les dossiers complexes et de la téléconsultation pour les donneurs vivants qui habitent à distance du centre hospitalo-universitaire référent.
- Utiliser des outils d'information partagée entre les professionnels de la filière et l'équipe de proximité (néphrologue de la greffe, le néphrologue référent et le médecin traitant) : dossier partagé, messagerie sécurisée.
- Elaborer et suivre des indicateurs de greffe.

OBJECTIF 7 : Développer la formation et l'exercice des infirmières de pratiques avancées en néphrologie.

- Poursuivre le cursus universitaire de master d'infirmière de pratiques avancées en néphrologie, créé en septembre 2017. Ce cursus doit permettre de former des infirmières pour accompagner le suivi du parcours du patient de la découverte de son IRC jusqu'à la suppléance et le suivi du patient greffé. Il doit également rendre possible le bon exercice de la délégation de tâches (cf partie 1-3 sur les ressources humaines en santé).
- Expérimenter des organisations pour les transports.
- Expérimenter une régulation des transports départementale ou régionale, en particulier sur le transport des personnes bénéficiant de dialyse de façon régulière (3 fois par semaine). Afin d'optimiser les transports récurrents et de gérer les horaires en formation de la distance, des difficultés d'accessibilité sont identifiées dans les départements des Alpes de Haute Provence, des Alpes-Maritimes et du Var, en particulier l'été.

3.4.7 ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

ENJEUX

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont un réel problème de santé publique. Avec 2 400 cas par million d'habitants et par an, les AVC constituent en effet, chez l'adulte, la première cause de handicap physique acquis, la deuxième cause de troubles cognitifs - un accident vasculaire sur quatre est une récurrence et entraîne très souvent des troubles cognitifs - et la troisième cause de mortalité.

En outre, le nombre d'AVC devrait augmenter en raison de l'allongement de la durée de vie. Et ces données se retrouvent quelles que soient les régions, la prévalence pouvant toutefois varier d'un territoire à l'autre. Cette affection concerne environ 400 000 personnes en France, et touche chaque année environ 130 000 nouveaux patients.

Elle constitue à la fois une pathologie aiguë (nécessitant une prise en charge en extrême urgence) et une maladie chronique (séquelles invalidantes conduisant de nombreux patients à la fréquentation du système de santé sur une longue période – 225 000 personnes classées en ALD AVC notamment).

Elle mobilise une filière de soins spécifique par sa longueur, sa complexité et l'organisation qu'elle requiert (spécialités médicales, structures diversifiées, ...).

L'AVC est une urgence médicale majeure pour lequel l'enjeu essentiel est le délai de prise en charge qui doit être le plus court possible, pour assurer le diagnostic initial et réaliser les gestes d'urgence qui s'imposent. La constitution de la filière AVC poursuit donc deux objectifs principaux :

- organiser un maillage du territoire par des filières organisées, autour des UNV de recours ou de proximité, pour assurer à toute personne atteinte d'AVC cette prise en charge en urgence répondant à des critères de qualité et de sécurité.
- intégrer l'ensemble des acteurs pour assurer une continuité de la prise en charge sanitaire, qu'elle soit effectuée par des acteurs hospitaliers ou libéraux, sociale et médico-sociale pour prévenir ou réduire les séquelles liées à cette maladie.

Il s'agit d'offrir à chaque patient un « plan de soins personnalisés » (PPS) formalisé avec l'équipe pluridisciplinaire de l'UNV pour tout patient victime d'AVC. Le PPS doit dérouler sur la phase aiguë, la phase secondaire précoce et la phase de consolidation, le programme adapté de prise en charge et notamment la mobilisation des professionnels et les lieux de prise en charge.

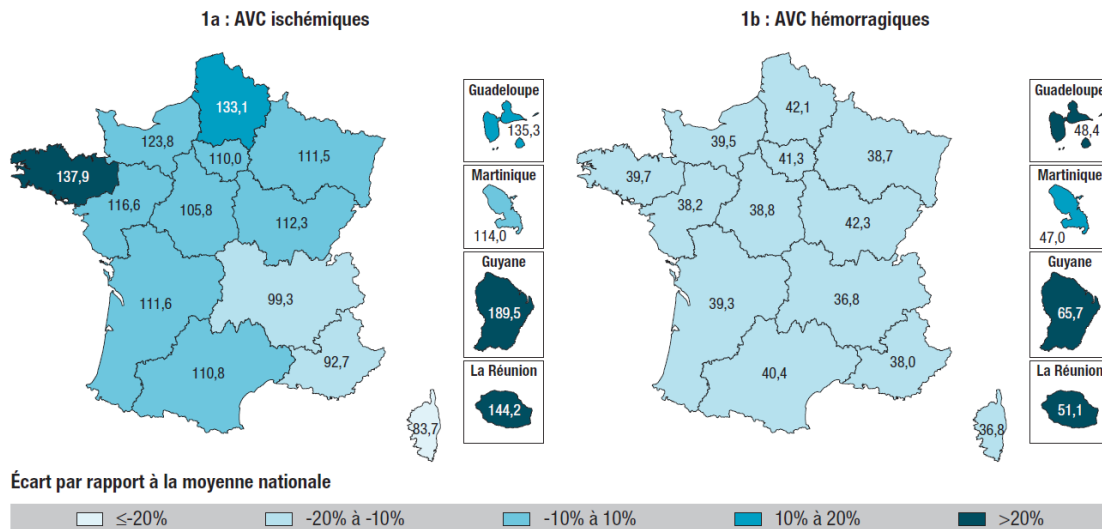
L'organisation « en étoile » autour des UNV, qui ont un rôle de pivot et de référence pour les établissements de proximité, permet d'optimiser la prise en charge des personnes touchées par un AVC en raccourcissant au maximum le délai d'accès au diagnostic initial et au traitement et en renforçant les liens entre ces établissements au travers de conventions et de protocoles communs.

Le taux de prévalence pour 100 000 habitants, standardisé sur l'âge, des AVC en Paca en 2015 était proche du taux national (646 en Paca pour 636 en France).

En revanche, le taux de patients hospitalisés pour AVC ischémique en Paca est parmi les plus bas en France (92,7/100 000)²³.

²³ Lecoffre C. et al, l'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés en 2014 et évolutions 2008-2014, Bulletin Épidémiologique hebdomadaire 5, 21 février 2017

Taux* régionaux de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC) en France en 2014, par type d'AVC



* Taux standardisés pour 100 000 habitants (standardisation sur l'âge de la population française de 2010).
Source : PMSI, base nationale 2014 (Atih). Champ : France entière (hors Mayotte), tous âges.

Ce constat montre la nécessité d'améliorer la prise en charge de l'AVC en Paca afin que tous les patients atteints d'un AVC puissent être orientés vers une UNV, comme le préconise les recommandations de l'HAS.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Améliorer l'accès aux soins à la phase aiguë.

OBJECTIF 2 : Améliorer l'articulation entre les structures impliquées dans la phase aiguë et les structures d'aval.

OBJECTIF 3 : Améliorer la qualité des soins et des pratiques.

OBJECTIF 1 : Améliorer l'accès aux soins à la phase aiguë.

La prise en charge à la phase aiguë des patients atteints d'AVC doit être améliorée dans la région par un maillage territorial des unités neuro-vasculaires insérées dans une filière coordonnée permettant d'apporter par télé-médecine une expertise auprès des Structures d'Urgence ainsi que des services d'hospitalisation de la filière.

➤ **Renforcer l'offre et la gradation des soins dans le cadre des filières AVC.**

En matière de prise en charge de l'AVC, l'offre de soins est structurée en 3 niveaux :

1. UNV de recours « expert »:

Trois UNV « expert » sont identifiées sur des établissements de recours disposant notamment de service de neuroradiologie interventionnelle :

- Marseille / AP-HM – site Timone (recours adulte et enfant).
- Nice / CHU -site Pasteur (recours adulte et enfant).
- Toulon / HIA Sainte Anne (recours adulte).

2. UNV de proximité

Quatre UNV de proximité sont identifiées actuellement :

- Aix / CH Pays d'Aix.

- Avignon / CH Henri Duffaut.
- Toulon / CHITS Sainte Musse (projet médical commun avec l'HIA Ste Anne).
- Cannes / Centre hospitalier Simone Weil

Sur les zones non pourvues, la création de nouvelles UNV de proximité peut être envisagée notamment dans le territoire des Hautes Alpes, cependant la démographie des neurologues, ayant une compétence en neuro vasculaire, ne facilite pas l'augmentation du nombre d'UNV. Sur les zones ne disposant pas d'UNV, le développement de la télémédecine, déjà en cours, doit être renforcé.

Dans les zones déjà pourvues, l'évolution des techniques de prise en charge nécessite de prioriser, la reconnaissance d'UNV « expert » dans les établissements disposant d'une autorisation de neuro-radiologie interventionnelle ainsi que l'augmentation des capacités des UNV « expert » existantes plutôt que la création de nouvelles UNV de proximité. En effet, conformément aux recommandations nationales, le développement de la thrombectomie, acte relevant de la neuro radiologie interventionnelle, va entraîner une augmentation du nombre de patients orientés directement vers les UNV « expert ». Aussi, les capacités de ces UNV en lits de soins intensifs neuro vasculaires devront être adaptées à cette évolution. Après le passage en USINV sur ces sites, une réorientation des patients vers les UNV de proximité est souhaitable afin de ne pas « emboliser » les sites experts et de rapprocher les patients de leur domicile.

3. Etablissements sans UNV avec service d'urgence et de médecine et prenant en charge des patients victimes d'AVC

Ces établissements s'inscrivent dans la phase aiguë de la filière mais également à l'issue de la prise en charge en UNV, selon l'état du patients et ses besoins de prise en charge médicale. Cela implique la conduite d'une réflexion multi disciplinaire visant à structurer ces flux d'aval de la filière au niveau du territoire, avec l'identification et la mise en œuvre de lits capables d'accueillir ces retours précoces adaptés aux différents profils des patients.

L'enjeu est d'articuler les prises en charge entre les UNV « expert », les UNV de proximité, et les établissements accueillant les urgences. Une organisation en filière est à définir au sein de chaque territoire, coordonnée par l'animateur de filière.

➤ Conforter l'animation des filières AVC.

Pour soutenir la constitution et l'animation de ces filières, le plan national AVC avait prévu la fonction d'animateur de filière, dont la mission principale, définie dans la circulaire du 6 mars 2012, est « *La constitution, l'animation et la formalisation de la filière territoriale dans toutes ces composantes (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux et professionnels libéraux)* »

L'animateur est chargé de la diffusion et de la maintenance d'outils opérationnels (répertoire opérationnel des ressources, organisation de la permanence des soins, diffusion des protocoles de prise en charge des patients intégrant la télémédecine, organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires), d'organiser les formations et de préparer l'évaluation annuelle de la filière (suivi des indicateurs, cartographie de la filière, analyse des circuits des patients, des séjours longs, des patients hors filières..).

Pour assurer l'animation, un coordonnateur doit être identifié au sein de chaque UNV, pivot de l'organisation de la filière au sein du territoire de santé. Il travaille en lien étroit avec les acteurs de l'offre de proximité que sont les établissements disposant d'un service d'urgence. A cet effet, il est souhaitable qu'un « référent AVC » soit identifié dans chaque service d'urgence

➤ Principes d'organisation des filières AVC

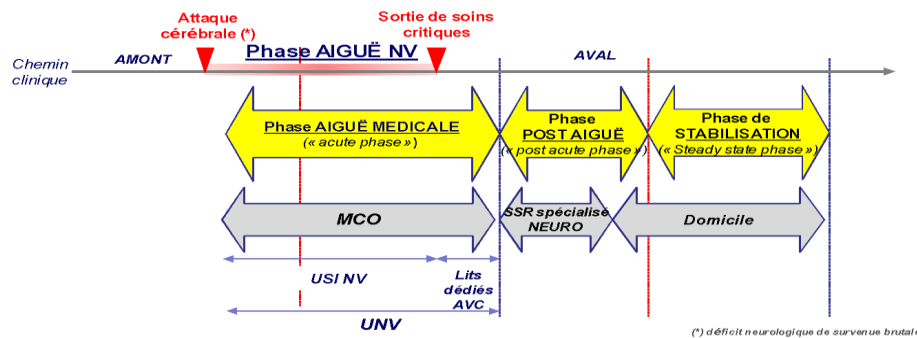
Les travaux régionaux sur la prise en charge de l'AVC ont eu notamment pour objectif d'organiser les filières de prise en charge des patients, enfants et adultes, victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) afin de réduire les délais de prise en charge dont l'accès au diagnostic et au traitement.

Ces filières s'appuient sur des recommandations (Bonnes Pratiques Fondamentales-BPF) qui déterminent :

- ✓ le maillage régional et les conditions générales nécessaires à l'efficacité du fonctionnement des filières,
- ✓ la régulation (adulte et enfant),
- ✓ la prise en charge en urgence dans un établissement disposant d'une UNV,
- ✓ la prise en charge en urgence dans un établissement sans UNV,
- ✓ la prise en charge d'aval.

Les principes généraux ci-dessous sont détaillés dans les BPF.

Le schéma ci-dessous décrit le chemin clinique du patient victime d'un accident vasculaire cérébral. ■



• Maillage régional

L'organisation du maillage régional AVC devra faire l'objet d'une réévaluation annuelle afin de l'adapter à l'évolution des besoins de prise en charge des patients sur les territoires concernés et à la reconnaissance éventuelle de nouvelles UNV.

Principes généraux

- ✓ La prise en charge des patients victimes d'AVC est organisée en filières régionales neuro vasculaires.
- ✓ Chaque filière neurovasculaire est organisée en étoile autour d'une UNV. L'UNV est une unité fonctionnellement identifiée, comprenant :
 - des lits de soins intensifs neuro vasculaires (USINV),
 - des lits d'hospitalisation «classiques» dédiés,
 - une organisation permettant d'apporter par télé-médecine une expertise auprès des structures d'urgence ainsi que des services d'hospitalisation de la filière.
- ✓ Chaque filière peut se déployer sur un ou plusieurs territoire(s) de santé en fonction de la population concernée.
- ✓ Chaque filière regroupe autour d'une UNV :
 - des établissements avec une SU organisée pour l'accueil de l'urgence AVC : elle est dotée d'une solution de télé-médecine
 - des établissements ne permettant pas l'accueil de l'urgence AVC,

- ✓ des établissements autorisés en service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), EHPAD, USLD, ... pour la filière d'aval. La prise en charge de l'enfant bénéficie d'une filière spécifique organisée autour des UNV « expertes » pédiatriques. Elle privilégie l'accès direct à ces unités qui sont organisées au sein des unités de soins critiques pédiatriques.
- ✓ Au sein de chaque filière territoriale, l'UNV a un rôle de pivot et de référence pour les établissements de santé de proximité.

Organisation des filières

On distingue une filière AVC adulte et une filière AVC enfant et pour chaque filière 2 types d'UNV « expert » et de « proximité ».

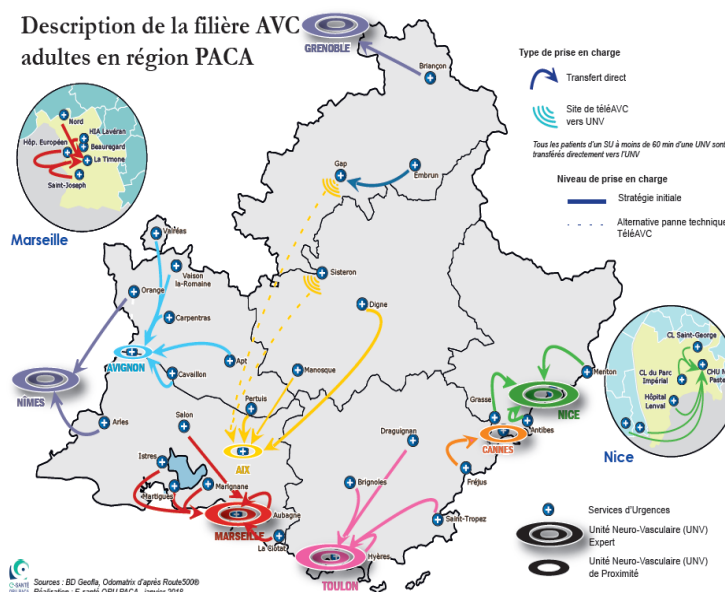
FILIERE ADULTE			
	Caractéristiques communes	Caractéristiques spécifiques	Etablissements Paca
UNV EXPERT ADULTE	Unité fonctionnellement identifiée et structure pivot de la filière comprenant : - des lits de soins intensifs neurovasculaires (USINV) ; - des lits d'hospitalisation neurologiques «classiques» dédiés ; - un plateau d'imagerie avec IRM H24 7/7. Une organisation permettant d'apporter par télémedecine une expertise auprès des structures d'urgence ainsi que des services d'hospitalisation de la filière.	- Service neuro chirurgie - Service neuro radio Interventionnelle	Marseille / AP-HM – site Timone Nice / CHU Pasteur Toulon / HIA Sainte Anne
UNV DE PROXIMITE ADULTE			Aix-en-Provence / CH Pays d'Aix-en-Provence Avignon / CH d'Avignon Toulon / CHITS Sainte Musse Cannes / CH Cannes

FILIERE PÉDIATRIQUE		
	Caractéristiques spécifiques	Etablissements Paca
UNV EXPERT PEDIATRIQUE	- Service de Neuro Pédiatrie -Service d'anesthésie réanimation pédiatrique (avec permanence H24 7j/7) Un référent AVC de l'enfant est identifié : il s'agit d'un neuro-pédiatre ou à défaut d'un réanimateur pédiatrique ou d'un pédiatre ; il dispose d'un numéro d'appel direct identifié dans le répertoire opérationnel des ressources qui est diffusé aux SAMU et aux services des urgences.	Marseille/ AP-HM - site Timone Nice / HP CHU-Lenval
UNV DE PROXIMITE	- Chirurgie pédiatrique. - Surveillance continue d'anesthésie pédiatrique (avec permanence H24 7 jours sur 7) - Unité neurovasculaire adulte En cas d'admission dans une UNV de proximité à la phase aiguë, le patient bénéficie d'un avis expert systématique. Le centre expert peut proposer un transfert direct ou la réalisation d'une imagerie cérébrale (IRM) sur place avant transfert. Ces UNV de proximité pédiatrique sont en mesure	Aix-en-Provence / CH Pays d'Aix Avignon / CH d'Avignon

d'admettre en hospitalisation les enfants ayant bénéficié d'un avis en centre expert.

Le centre expert peut également être sollicité secondairement par l'UNV expert pédiatrique pour l'hospitalisation d'un enfant en cas de défaut de place ou pour un rapprochement familial.

Description de la filière AVC adultes en région PACA



• La régulation

Comme indiqué ci-dessus, le développement de la thrombectomie, acte relevant de la neuro radiologie interventionnelle, a nécessité la révision des critères de régulation appliqués précédemment. Ces critères, qui varient selon l'âge et la localisation du patient, peuvent être résumés ainsi.

AGE	LOCALISATION DU PATIENT	ORIENTATION
ADULTE	< 30mn UNV de PROXIMITÉ ADULTE	<ul style="list-style-type: none"> régulation vers UNV de PROXIMITÉ pour imagerie +/- thrombolyse puis transfert secondaire pour NRI sur UNV EXPERT
	> 30 mn UNV de PROXIMITÉ et < 60 mn d'une UNV EXPERT (avec NRI)	<ul style="list-style-type: none"> transfert direct UNV EXPERT
	> 60mn UNV	<ul style="list-style-type: none"> transfert vers un site de Télé AVC
ENFANT de plus de 12 ans	Quelle que soit la localisation conférence à trois avec l'UNV EXPERT pédiatrique.	<ul style="list-style-type: none"> orientation directe en UNV EXPERT pédiatrique. orientation directe en UNV de proximité pédiatrique jamais vers un site de Télé AVC
ENFANT de moins de 12 ans		<ul style="list-style-type: none"> orientation immédiate et directe vers l'une des deux UNV EXPERT pédiatriques (LENVAL / TIMONE) après accord du médecin de l'UNV EXPERT pédiatrique

Les structures de prise en charge des AVC sont référencées dans les logiciels de SAMU, et les fonctions cartographiques permettent de définir le temps de route ou de vol : UNV expert adulte ; UNV de proximité adulte ; UNV expert pédiatrique ; UNV de proximité pédiatrique ; SU sites de télé-AVC.

La prise en charge en urgence dans un établissement avec UNV

Principes généraux :

- ✓ Dans tous les cas, une organisation intra hospitalière est formalisée avec des procédures opérationnelles écrites.
- ✓ Accès direct ET prioritaire à l'imagerie médicale H24 et 7j/7. L'IRM est l'examen le plus performant pour montrer précocement des signes d'ischémie récente. Il convient de la réaliser de façon privilégiée. En cas d'impossibilité d'accéder en urgence à l'IRM, il convient de réaliser un scanner cérébral.
- ✓ Les patients pouvant bénéficier d'une prise en charge en neuroradiologie interventionnelle par thrombectomie ne peuvent être sélectionnés qu'après réalisation de l'imagerie cérébrale ; Il n'existe pas de score clinique permettant de les repérer dès la régulation.
- ✓ Des protocoles de prise en charge entre le service d'accueil du patient et le service d'imagerie sont définis et contractualisés, ainsi qu'avec le laboratoire de biologie médicale, dans l'objectif de prioriser l'accès des patients AVC.
- ✓ Le délai «door-to-needle time» doit être inférieur à 60 minutes.
- ✓ La performance de l'organisation doit être évaluée régulièrement.

La prise en charge en urgence dans un établissement sans UNV

Principes généraux :

- ✓ L'accueil en urgence peut être réalisé dans un établissement de proximité susceptible d'effectuer l'acte de thrombolyse et répondant aux critères d'appartenance à la filière suivants:
 - établissement disposant d'un service d'accueil des urgences,
 - une équipe de médecins formés,
 - un accès direct au plateau d'imagerie : IRM si l'établissement en est équipé, ou TDM par défaut,
 - et disposant d'une liaison par télé-médecine avec l'UNV (permettant de réaliser de la télé-expertise et de la télé-assistance lors de la réalisation de la thrombolyse).
- ✓ L'IRM doit être réalisée en première intention, sauf en cas de contre-indication ou absence d'IRM dans l'établissement. En cas d'impossibilité, réaliser un scanner cérébral.
- ✓ Etablissement d'un diagnostic partagé sur l'origine de l'accident (thrombose ou hémorragie) et décision commune sur les gestes à accomplir (thrombolyse, thrombectomie ou transfert en neurochirurgie) à partir des images réalisées.
- ✓ Dans tous les cas, une organisation intra hospitalière est formalisée avec des procédures opérationnelles écrites.
- ✓ Des protocoles de prise en charge entre le service d'accueil du patient et le service d'imagerie sont définis et contractualisés, ainsi qu'avec le laboratoire de biologie médicale.
- ✓ Le délai «door-to-needle time» doit être inférieur à 60 minutes.

- **La prise en charge d'aval**

- ✓ Tout patient victime d'un AVC doit bénéficier, après la phase aiguë et quel que soit le lieu de prise en charge :
 - d'un projet thérapeutique établi sur des critères médicaux fondés sur son état clinique, avec une réévaluation continue de ces propositions,
 - d'une rééducation et d'une réadaptation adaptée à ses besoins,
 - d'une aide à la réinsertion,
- ✓ Le rôle des structures de SSR spécialisées en maladies neurologiques consiste à prendre en charge des patients nécessitant des soins complexes ou importants et

pluridisciplinaires de rééducation et/ou de réadaptation préalablement à leur retour à domicile.

- ✓ L'efficacité de la prise en charge dans la filière d'aval repose sur :
 - le repérage précoce et la qualification anticipée des besoins de rééducation,
 - l'initiation précoce de la rééducation,
 - la rationalisation des demandes de lits de SSR sur le module SSR du portail régional,
 - la coordination inter-établissements entre les secteurs MCO et SSR,
 - l'orientation optimisée des patients.

➤ **Système d'information en appui des filières**

En complément des outils de télémédecine dont le déploiement devra être généralisé sur les sites d'urgence en lien avec les sites de télé AVC identifiés (cf 2.1.2), le fonctionnement opérationnel des filières s'appuie sur les outils suivants, tous accessibles depuis le portail régional :

- ✓ le module des demandes de places en UNV: il permet de faire une demande de lit en UNV H24,
- ✓ le module de demandes de places en SSR: il permet de faire une demande de place en SSR,
- ✓ le référentiel de bonnes pratiques et procédures: «Bonnes Pratiques Fondamentales».
- ✓ le module régional de formation e-learning AVC/Télémédecine, sur les thèmes suivants :
 - Enjeux de santé publique face à l'AVC.
 - Stratégie régionale face à l'AVC.
 - Parcours patient "de la filière AVC.
 - Stratégie thérapeutique face à l'AVC.
 - Modalités techniques du téléAVC IRM.
 - Modalités techniques du téléAVC Scanner.
 - Apport du soignant à la prise en charge de l'AVC.
 - Apport du médicotéchnique à la prise en charge de l'AVC.
 - Réguler un AVC.
 - Recevoir aux urgences un AVC.

OBJECTIF 2 : Améliorer l'articulation entre les structures impliquées dans la phase aiguë et les structures d'aval.

➤ **Instaurer une prise en charge dès la phase aiguë afin de garantir une évaluation du patient par un professionnel de la rééducation.**

Le médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) doit intervenir dès la prise en charge en court séjour en UNV pour :

- évaluer la sévérité de l'atteinte et son évolution précoce, en établissant une analyse précise des déficiences. Ceci permet d'établir un premier pronostic fonctionnel qui dépend du degré d'intensité des déficiences initiales, du mécanisme lésionnel, des pathologies associées et de l'environnement du patient ;
- contribuer à la prévention, au diagnostic et au traitement des complications de décubitus et des complications propres à l'AVC ;
- orienter le patient vers la filière la mieux adaptée : service de soins de suite et de réadaptation, structure gériatrique, retour à domicile avec soins gradués ambulatoires.

Le médecin de MPR, après concertation avec l'équipe de l'UNV, le patient et sa famille, proposera l'orientation vers la structure la plus adaptée pour une réadaptation personnalisée.

- En structure de soins de suite et de réadaptation spécialisée dans la prise en charge des affections neurologiques, les patients nécessitant des soins complexes ou quantitativement importants de rééducation et/ou réadaptation et une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.
- En soins de suite et de réadaptation polyvalents ou spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées poly pathologiques et dépendantes, en fonction de leur état, les patients nécessitant une surveillance médicale et des soins de rééducation simples, les patients poly pathologiques nécessitant une prise en charge médicale importante, les patients trop fatigables pour suivre un programme spécialisé et/ou des patients dont l'environnement de vie ne permet pas d'envisager un retour au domicile.
- A domicile, les patients présentant des déficiences suffisamment légères, ne justifiant pas une surveillance médicale quotidienne, nécessitant au maximum une prise en charge kinésithérapique et orthophonique et/ou bénéficiant d'un environnement favorable.

Le patient est admis en soins de suite et de réadaptation quand le bilan étiologique complet est effectué, le schéma thérapeutique défini et initié et que l'état clinique est stabilisé.

- **Généraliser l'utilisation du module SSR du portail régional pour la recherche de place en SSR facilitant l'intégration des soins de suite et de réadaptation dans la filière AVC.**

Les patients dont l'état nécessite ou ne permet qu'une rééducation simple qui ne peut être réalisée à domicile, ainsi que les patients poly pathologiques justifiant une prise en charge médicale importante relèvent d'une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation polyvalents ou pour personnes dépendantes. Ils doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire par du personnel formé à la prise en charge des AVC dans la structure la plus adaptée.

- **Préparer la sortie de la structure de soins de suite et de réadaptation.**

La sortie d'établissement dépend :

- de la capacité du patient à vivre à domicile, qui s'apprécie par rapport à son degré d'indépendance fonctionnelle et aux possibilités de son entourage. Si le retour à domicile est l'objectif prioritaire, il n'est pas toujours possible. L'orientation du patient se fera alors vers des structures d'hébergement (EHPAD, unités de soins de longue durée, MAS,...) ;
- du bénéfice retiré par le patient de la rééducation, mesuré en gain d'indépendance fonctionnelle ;
- la préparation au retour à domicile doit commencer dès le début du séjour en SSR avec la définition du projet thérapeutique personnalisé, décliné en une série d'objectifs, qui implique l'adhésion du patient et de sa famille.

OBJECTIF 3 : Améliorer la qualité des soins et des pratiques.

- **Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et les revues de morbi-mortalité au sein des filières**

Une attention particulière doit être accordée dans chaque filière de soins, avec l'appui de l'animateur de filière, à l'application des recommandations et des procédures de prises en charge, à l'évaluation des pratiques professionnelles et aux revues de morbi-mortalités.

- **Suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IPAQSS)**

Les indicateurs suivants, qui font l'objet d'une diffusion publique, ont tous un **taux cible de 80%**. L'analyse de ces indicateurs met en exergue la nécessité impérieuse d'améliorer les pratiques en Paca.

- Expertise neuro vasculaire (ENV)
- ✓ Taux de patients ayant bénéficié d'une expertise neuro vasculaire.

Tout patient ayant un diagnostic d'AVC doit bénéficier d'une expertise neuro vasculaire très précoce. Cette expertise doit permettre de poser/confirmer le diagnostic d'AVC, de définir les traitements et la prise en charge à mettre en œuvre et l'orientation du patient.

Dans un établissement ne disposant pas d'un médecin ayant l'expertise neuro vasculaire, l'avis peut être donné via le télé AVC.

La moyenne régionale est de 66% et la moyenne nationale de 79%
24 établissements de notre région ont des taux inférieurs à 50%.

- Évaluation par un professionnel de la rééducation (EPR1)
- ✓ Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou un avis par un médecin MPR

La moyenne régionale est de 74 % et la moyenne nationale de 80%
8 établissements ont des taux inférieurs à 50%

- Dépistage des troubles de la déglutition (DTD)
- ✓ Taux de patients ayant eu un dépistage des troubles de la déglutition

La moyenne régionale est de 61% et la moyenne nationale de 65%
16 établissements ont des taux inférieurs à 50%

- Programmation d'une consultation post AVC (CPA)
- ✓ Taux de patients ayant une consultation avec un médecin de la filière AVC (Neurologue, médecin MPR ou gériatre) programmée dans les 6 mois suivant sa sortie de MCO.

La moyenne régionale est de 61% et la moyenne nationale de 65%
16 établissements ont des taux inférieurs à 50%

3.4.8 LES PLATEAUX TECHNIQUES : DES ÉLÉMENTS DE DÉFINITION

Les activités médico techniques pointues ou complexes partagent de plus en plus de problématiques communes, c'est la raison pour laquelle elles ont été regroupées sous le terme de plateaux techniques. Il est de plus en plus difficile d'imaginer un exercice indépendant entre les différentes activités : chirurgie de recours, interventionnel de recours, réanimation, imagerie, recours à des examens spécialisés, techniques interventionnelles (endoscopies, radiologie).

Les enjeux communs entre ces activités sont :

- la multidisciplinarité croissante, avec des prises en charges multidisciplinaires coordonnées pour chaque patient ;
- la présence 24h/24 d'équipes étoffées pouvant assurer une permanence des soins pérenne pour la population ;
- avec évolution vers une permanence des soins parfois mutualisée ;
- des moyens techniques de plus en plus innovants (matériel, équipements de pointe lourds, moyens informatiques) et nécessitant des personnels aux compétences expertes pour en assurer le fonctionnement et la maintenance ;
- la nécessité de rationaliser, en amont et en aval, l'accès à ces plateaux hyper spécialisés pour optimiser leur utilisation et éviter leur saturation, facteur de perte de chance pour les patients en période de tension ;
- la nécessité d'optimiser leur utilisation en les rendant accessibles à plusieurs équipes, pour éviter la concurrence de plateaux voisins, la course à l'acte nécessaire pour les rentabiliser, et les problèmes liés de pertinence des actes ;
- la nécessité de mesurer les résultats finaux de ces activités de soins et la valeur ajoutée pour la santé de la population, tant sur la prise en charge au sein de ces plateaux que sur la prise en charge de tout le parcours.

A partir de ces constats, l'ARS propose d'identifier les plateaux techniques polyvalents et spécialisés en Paca en deux catégories.

Sur le plan juridique, les plateaux techniques sont donc la résultante de plusieurs autorisations complémentaires : chirurgie, réanimation, imagerie, biologie, cardiologie interventionnelle ...°.

Les progrès scientifiques et technologiques ont conduit progressivement à concentrer ces plateaux techniques afin de mutualiser les équipements très coûteux et de disposer d'équipes médicales spécialisées et pluridisciplinaires.

La qualité de ces plateaux techniques polyvalents ou spécialisés a été et reste déterminante dans l'amélioration des soins et des taux de survie. L'égalité d'accès à des plateaux techniques polyvalents de bon niveau est donc une composante indissociable de l'égalité d'accès aux soins.

Les innovations à venir (imagerie, robotisation, numérisations ..., nécessiteront des investissements toujours croissants et la concentration des plateaux techniques est inéluctable.

Plateau technique	Proximité/Recours	Critères	Permanence
Plateaux polyvalents			
Polyvalent	Proximité	La présence simultanée et 24h sur 24 de quatre services : <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance continue avec médecin qualifié dédié - Accès à des examens de biologie - Astreinte opérationnelle de chirurgie polyvalente - Astreinte de radiologie polyvalente. 	
	Recours	La présence simultanée et 24h sur 24 de quatre services : <ul style="list-style-type: none"> - Réanimation, - Imagerie avec astreinte opérationnelle de radiologie interventionnelle, - Astreinte de chirurgie polyvalente, d'endoscopie - Astreinte de biologie 	Les permanences des soins devront être regroupées en priorité sur ces plateaux, éventuellement par mutualisation entre établissements voisins.
Plateaux spécialisés			
Maternité	Proximité	Maternité de niveau II	
	Recours	Maternité de niveau III	
Cardiologie interventionnelle	Proximité	USIC et cardiologue d'astreinte opérationnelle	
	Recours	Usic et cardiologie interventionnelle 24/24 en astreinte opérationnelle	
Urgences neurovasculaires	Proximité	Unité neuro vasculaire	
	Recours	Unité neuro vasculaire et neuroradiologie interventionnel d'astreinte opérationnelle	

3.4.9 CHIRURGIE

CONTEXTE

Un volume d'actes de chirurgie très important, en forte progression

Les établissements de santé de notre région ont réalisé en 2016, 575 000 actes du périmètre de chirurgie, hors actes de néonatalogie et d'obstétrique, et hors endoscopies (environ 300 000 par an). La progression de 2,8% des actes chirurgicaux entre 2011 et 2015 est plus rapide que la progression de la population.

La transition épidémiologique, avec la prévalence grandissante de sujets âgés et/ou porteurs de maladies chroniques, peut expliquer en partie cette progression du recours, qui va donc probablement rester à des niveaux équivalents voire augmenter pour les actes de chirurgie mini-invasive ou d'interventionnel au sens large.

Les établissements privés réalisent les deux tiers des actes du périmètre de chirurgie et les trois quarts des actes ambulatoires.

Un taux de recours standardisé plus élevé que le taux de recours national, et variable au sein de la région

Le taux de recours standardisé annuel à la chirurgie, comme le taux de recours aux endoscopies, est plus élevé dans notre région (108 actes de chirurgie par 1000 habitants versus 94 pour 1000 en France).

Des disparités territoriales sont constatées entre départements : le taux de recours annuel à la chirurgie, ajusté sur l'âge et le sexe, varie entre 112 chirurgies par an pour 1000 habitants dans le Var à 101 chirurgies par an pour 1000 habitants dans les Alpes de Haute Provence, contre 94 pour 1000 en France. Ces disparités sont globalement proportionnelles à la densité de chirurgiens par département.

Ces constats posent la question de la pertinence des actes réalisés. Question délicate, car la plupart des chirurgies ne disposent pas de moyens de mesure validés de pertinence, ni de taux cible idéal validé scientifiquement.

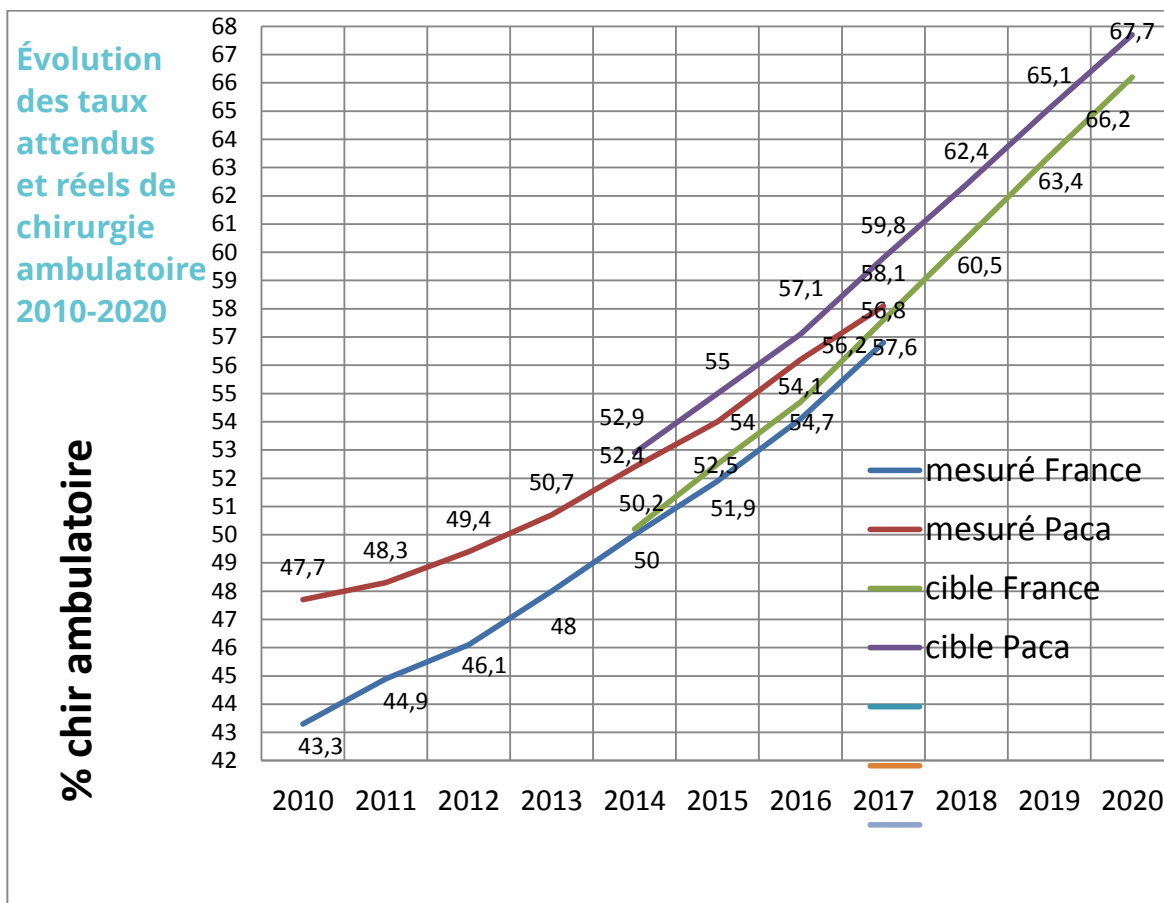
Le taux de recours à la chirurgie est élevé chez les personnes âgées : les patients de plus de 75 ans représentent 10% des habitants et 18% des actes chirurgicaux. La prise en charge des

personnes âgées de plus de 75 ans est spécifique. L'enjeu est d'autant plus fort que le nombre de personnes de plus de 75 ans doit atteindre 20% de la population en 2040. L'isolement des personnes âgées est à prendre en compte dans les prises en charge, notamment dans le cadre du virage ambulatoire. Le nombre de personnes de plus de 75 ans vivant seules est plus élevé dans les arrières pays des départements alpins et du Vaucluse, et le nombre de personnes âgées isolées plus élevé sur le littoral.

Un virage ambulatoire bien engagé

La mise en œuvre du virage ambulatoire est bien réelle : en 2016, 56,3% des actes du périmètre de chirurgie défini par la DGOS sont réalisés en ambulatoire.

La progression de 13%, constatée entre 2011 et 2015, des actes réalisés en ambulatoire, s'est faite en partie grâce à un recul réel de 7% des actes de chirurgie réalisés en hospitalisation conventionnelle. Cette progression est constatée essentiellement sur les gestes les moins compliqués. Ainsi, les 55 gestes marqueurs de chirurgie ambulatoire suivis par l'assurance maladie représentent la moitié des actes de notre région et sont faits à 81% en ambulatoire. Par contre, le virage ambulatoire sur les gestes lourds, bien que résolument engagé dans certains centres de pointe ou spécialisés, n'est qu'au début de son développement. Cette trajectoire va se poursuivre. Le taux cible d'ambulatoire en chirurgie, tous actes confondus, a été fixé à 67,7% en 2020 selon les objectifs du ministère de la santé, allant de pair avec la diminution des capacités d'hospitalisation complète. D'ici 5 ans, entre 2/3 et 3/4 des actes chirurgicaux devront être réalisés en ambulatoire. Cela concernera également des gestes lourds, aujourd'hui encore réalisés en hospitalisation conventionnelle, tels que la chirurgie digestive courante, les prothèses orthopédiques, l'urologie, la chirurgie pelvienne, la chirurgie sénologique courantes, dont des actes de plus en plus nombreux de chirurgie carcinologique.



ENJEUX

LA POURSUITE DU VIRAGE AMBULATOIRE

- Le nécessaire développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac) pour sécuriser le virage ambulatoire sur les gestes les plus lourds.

En 2015, 80,3% des gestes chirurgicaux ont nécessité au plus 3 jours d'hospitalisation (y compris les actes réalisés en ambulatoire). La Raac est un vecteur fort de qualité, de diminution de complications et de ré hospitalisation, et de diminutions de durées de séjours. Cette démarche peut aller jusqu'au passage en ambulatoire. Elle est particulièrement bénéfique chez les patients fragiles et/ou âgés. Elle doit être généralisée dans tous les établissements autorisés en chirurgie pour optimiser la qualité et la sécurité du virage ambulatoire qui débute sur les gestes lourds.

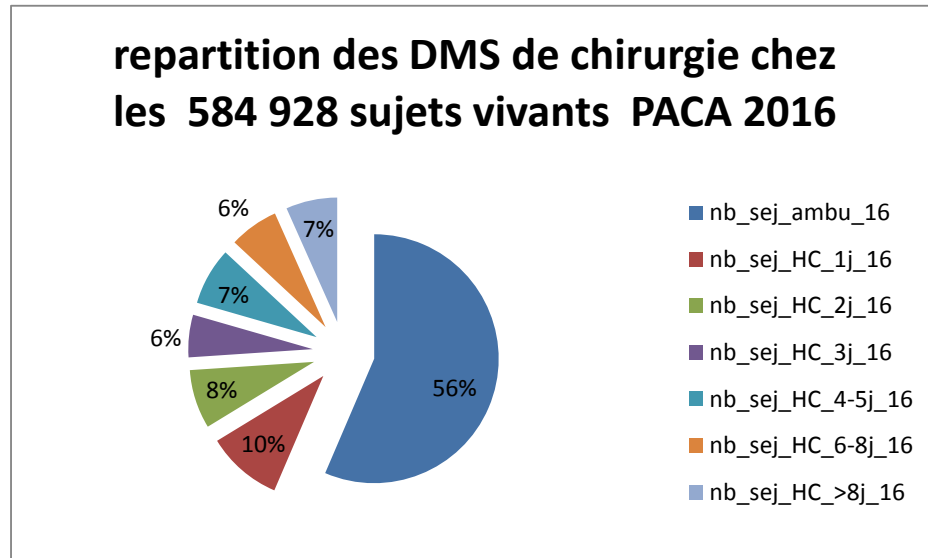
- L'amélioration de l'organisation de la formation, et de la coordination des personnels de santé libéraux impliqués dans le virage ambulatoire et la Raac

L'implémentation de la Raac dans les services de chirurgie devra impérativement s'accompagner parallèlement d'actions d'organisation dans le monde de la santé en ville pour accompagner le retour précoce à domicile. Les volumes de patients à gérer, dans des conditions de qualité optimales, rend nécessaire de nouveaux modes d'organisation avec de nouveaux outils.

L'organisation en ville du retour précoce à domicile de gestes lourds doit être structurée de manière spécifique afin de se faire dans de bonnes conditions de

sécurité. Les professionnels libéraux doivent être formés à la RAAC. Des organisations innovantes seront à mettre en œuvre et à rendre lisible, pour la prise en charge des patients et la coordination des intervenants en post opératoire immédiat et sur quelques jours, entre libéraux d'une part, et entre libéraux et hospitaliers d'autre part.

Un prérequis indispensable est un système d'information interopérable entre établissements et professionnels libéraux, sans lequel les conditions optimales de sécurité ne seront pas garanties. De plus le dossier Médical Partagé pourra intégrer la coordination peropératoire.



- Des solutions alternatives à trouver pour les patients fragiles ne pouvant retrouver une autonomie rapide en post opératoire
 Les interventions de plus en plus sécurisées et de moins en moins invasives repoussent les limites de la chirurgie chez des gens de plus en plus fragiles. La RAAC ne permettra pas le retour précoce au domicile pour tous, car les conditions d'autonomie au domicile ne seront pas présentes, par exemple pour certains patients fragiles polymorbides ou souffrants de déconditionnement physique chronique en post opératoire. Des solutions pour cette population spécifique sont à inventer ou renforcer, avec de l'hospitalisation à domicile dans certains cas ciblés, ou encore le recours à des services d'appui spécialisés, qui devront inclure la prise en charge de séquelles post opératoires et l'absence de récupération.

LA NÉCESSITÉ D'ÉVALUER LA PERTINENCE DES ACTES, ET PLUS LARGEMENT DES PARCOURS DANS LESQUELS S'INTEGRE LA CHIRURGIE.

La pertinence peut être questionnée sur les indications, en la mesurant par rapport à une grille d'indications validées par les sociétés savantes et la haute Autorité de Santé. Elle peut également être observée sur le service final rendu au patient, mesuré par la satisfaction du patient sur des scores validés.

ORGANISER LA GRADATION DES PLATEAUX DE CHIRURGIE EN ANTICIPANT LES ÉVOLUTIONS À VENIR, TANT EN MATIÈRE DE TECHNIQUES QUE DE DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

- Organiser la gradation des plateaux de chirurgie : opérer les chirurgies de proximité en proximité, les chirurgies de recours sur les plateaux de recours.

Les gros centres pluridisciplinaires équipés de plateaux techniques polyvalents lourds sont majoritairement situés sur le littoral. La tendance est à une augmentation constante du nombre de patients pris en charge. Les établissements de santé de plus petite taille de l'arrière-pays connaissent des fuites des populations de leurs zones d'intervention et des difficultés financières croissantes.

Pour maintenir la présence de ces plateaux techniques polyvalents, des collaborations entre établissements supports des groupements hospitaliers de territoires et établissements périphériques doivent être inventées. Le lieu d'intervention, pour un patient et une chirurgie donnée, en cas de collaborations entre équipes d'un GHT partageant le même projet médical de territoire, pourra être décidé en fonction du plateau nécessaire. La même équipe, ou plusieurs équipes en collaboration étroite, pourra réaliser les gestes simples sur les plateaux simples et les gestes lourds sur les plateaux lourds.

Cette coopération territoriale permettra :

- ✓ de garder certains plateaux polyvalents de l'arrière-pays ouverts pour réaliser de la chirurgie de proximité dans des conditions d'excellence, permettant au patient de se faire opérer plus près de chez lui, et de ne pas embouteiller les plateaux lourds avec des gestes simples ;
- ✓ de la solidarité entre les équipes territoriales : en cas de raréfaction de ressources humaines, certains centres périphériques pourraient se transformer en ambulatoire exclusif de jour, en s'appuyant sur les plus gros plateaux pour la continuité des soins nocturne, les chirurgies les plus lourdes et les complications de l'ambulatoire ;
- ✓ des rapports fluides entre gros centre de recours et centres de proximité satellites avec des protocoles de prise en charge communs aux équipes ;
- ✓ le maintien des compétences opérationnelles en permettant des passerelles entre plateaux de recours et plateaux polyvalents ;
- ✓ la fin de l'isolement de certaines petites équipes chirurgicales actuellement en souffrance dans les plus petits centres.

- Anticiper l'évolution des plateaux techniques vers des technologies de plus en plus sophistiquées, mini invasives et intriquées entre disciplines médicales.

Les blocs opératoires vont devoir s'intégrer dans des plateaux techniques de plus en plus lourds : imagerie interactive, scanners embarqués, endoscopies, informatique dédié, liaison au Pacs. Ils seront mutualisés entre différentes équipes.

Sur le même plateau seront amenées à intervenir des équipes larges et pluridisciplinaires, pour assurer une prise en charge personnalisée au patient. Cette prise en charge pourra inclure de la chirurgie, de la radiologie interventionnelle, des techniques de guidage d'imagerie ou endoscopique, de la radio thérapie, de la radio fréquence, du laser, l'assistance de différents robots chirurgicaux, de la réanimation, et toutes les nouvelles techniques à venir etc...

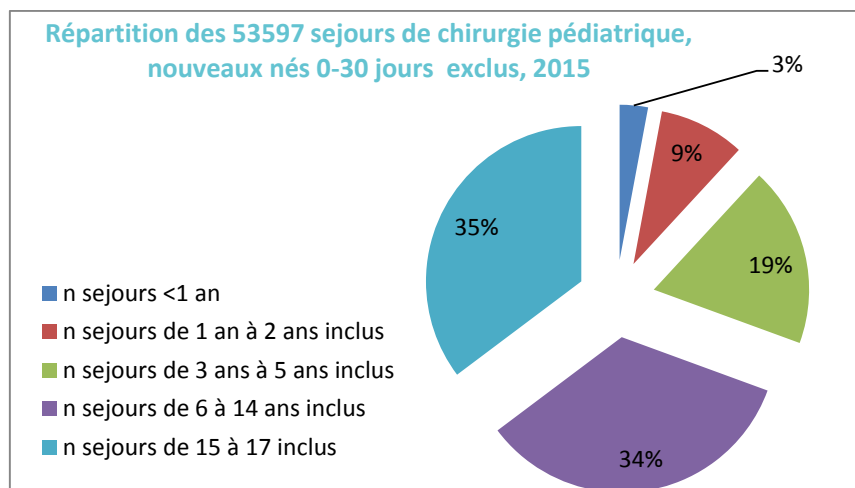
La frontière entre chirurgie et techniques interventionnelles au sens large va reculer. Les rôles des différents intervenants seront de plus en plus interconnectés. La notion d'équipe va devenir primordiale. Les équipes « périopératoires » multidisciplinaires ont vocation à se renforcer en nombre, et pouvoir se déplacer sur différents sites.

- Mutualiser les plateaux de plus en plus sophistiqués et coûteux, et rationaliser la pertinence des actes nécessitant ces plateaux, afin de maintenir l'égalité d'accès à l'innovation pour tous et la soutenabilité financière de l'innovation médicale.
Les plateaux techniques associant imagerie, radiologie interventionnelle, bloc opératoire, chirurgie mini invasive, radiothérapie per opératoire, etc... pourraient être ouverts à des équipes extérieures labellisées, tant publiques que privées, afin d'optimiser l'utilisation des plateaux de recours. Les patients pourraient ainsi avoir accès à l'innovation quels que soient leurs établissements de prise en charge.
De même, devant la raréfaction de certaines ressources médicales hyperspécialisées, il est souhaitable que la permanence et la continuité des soins puisse être organisée de manière commune sur le plateau le plus sophistiqué.

ANTICIPER LA TRANSFORMATION DES PRATIQUES DES MEDECINS ET DES PARAMEDICAUX AVEC LE DEVELOPPEMENT DE L'INTERVENTIONNEL ET DES PRATIQUES MINI-INVASIVES.

- Repérer les besoins en nouvelles formation et proposer les formations adaptées aux nouveaux métiers, en lien avec les URPS, la faculté, les écoles et les ordres concernés. Ces formations pourront prendre différentes modalités : courtes (DPC, EPU), formations par les nouvelles technologies (MOOC, e learning), formations diplômantes (DU, CU, voire masters et thèses de science infirmière, et diplômes d'assistants cliniques).
- Proposer de nouveaux métiers, pour optimiser la coordination et l'utilisation des personnels hyper spécialisés tant en intra hospitalier (délégations de tâches sur des actes techniques, avec les assistants cliniques, infirmières coordinatrices) qu'en extra hospitalier (coordination de soins, etc...).
- Accompagner la transformation des métiers médicaux (chirurgiens radiologues, cardiologues), en intégrant dans la formation les apports des nouvelles spécialités mini invasives et la pratique pluridisciplinaire.

ORGANISER LA GRADATION DE LA CHIRURGIE PÉDIATRIQUE.



ACTIVITE DE CHIRURGIE PÉDIATRIQUE EN PACA EN 2015

Le premier principe sous tendant cette organisation graduée est d'éviter la pratique occasionnelle de la chirurgie et de l'anesthésie pédiatrique chez le nourrisson de moins de 1an (3% des gestes de chirurgie pédiatrique en 2015 dont 10% d'ORL) et chez le petit enfant de 1 à 3 ans (9% des gestes de chirurgie pédiatrique dont 25% d'ORL) par des chirurgiens et/ou anesthésistes sans expérience et pratique régulière pédiatrique,

Ainsi sur 27 centres ayant opéré des enfants de moins de 1 an en 2015, 15 en ont opéré moins de 10 dans l'année. De même, sur 67 centres ayant opéré des enfants de 1 à 3 ans en 2015, 16 en ont opéré moins de 10 dans l'année et 12 autres ont opéré de 10 à 20 enfants, soit 42% des centres opérant des enfants de 1 à 3 ans en opèrent moins de 20 par an.

Ce phénomène est moins marqué chez les enfants de 3 à 5 ans puisque sur 95 établissement opérant des enfants de 3 à 5 ans seuls 5 en opèrent moins de 10 par an et 6 autres en opèrent de 10 à 20 par an.

Le deuxième principe sous tendant l'existence d'un réseau gradué est de préserver un maillage territorial en chirurgie pédiatrique de proximité (ORL, petite traumatologie, interventions courantes de chirurgie viscérale) avec des normes minimales et partagées de qualité, en particulier chez les 1 à 3 ans, afin de ne pas reporter toute la chirurgie pédiatrique sur les centres de recours engorgés, et maintenir les compétences pédiatriques des opérateurs ne travaillant pas dans ces centres de recours.

Le principe de cette classification nécessite :

- Une adhésion de l'établissement de santé, sur la base du volontariat, aux conditions de fonctionnement et à la participation au réseau d'établissements labellisés, par grand champ de spécialité chirurgicale. Cette adhésion permettra d'obtenir un label délivré par l'ARS et par le réseau « chirurgie pédiatrique » par champ de compétence, sur la base d'un cahier des charges propre à chaque grand champ de chirurgie pédiatrique.
 - ✓ Chirurgie viscérale pédiatrique.
 - ✓ Chirurgie orthopédique et traumatologique pédiatrique.
 - ✓ Ophtalmologie ORL, Maxillo-facial et plastique pédiatrique.

L'ORL pédiatrique étant numériquement importante (représentant la moitié des interventions chirurgicales de l'enfant à partir de 3 ans inclus), cette spécialité relèvera d'un cahier des charges spécifique afin de permettre le maintien d'activité et de compétences dans les centres de proximité. Pour les autres spécialités, une prise en charge sera proposée selon trois niveaux de critères d'organisation gradués, afin d'offrir des conditions homogènes entre centres de conditions d'exercice de la chirurgie et de l'anesthésie pédiatrique.

- Chacun des trois types de structure devra contractualiser avec les autres structures pédiatriques du territoire concerné afin d'obtenir le label, et assurer ainsi une prise en charge graduée et coordonnée. Un avis doit pouvoir être demandé à tout moment par le centre de proximité au centre spécialisé ou de recours concernant la prise en charge chirurgicale d'un enfant (appel téléphonique, transmission d'images,...).
 - ✓ Les centres de proximité ne disposent pas de compétences chirurgicales et anesthésiques pédiatriques dédiées mais justifient d'un certain volume d'activité programmée, d'une formation minimale en anesthésie et chirurgie pédiatrique dans la discipline concernée, incluant les personnels para médicaux prenant en charge les enfants, et/ou d'une formation médicale continue pour assurer le maintien des compétences ou la remise à niveau, de matériel pédiatrique dédié, et de circuits d'hospitalisation conventionnelle et ambulatoire adaptés pour les cas pédiatriques.

- ✓ Les centres de référence et de recours disposent tous de compétences chirurgicales et anesthésiques pédiatriques spécifiques, ainsi que de plateaux dédiés (SSPI, bloc, service d'hospitalisation) et, de plus, réanimation et imagerie pédiatriques spécifiques pour les centres de recours.

- **Principes généraux du cahier des charges régional**

1. **Les centres de chirurgie pédiatrique de proximité** assurent la prise en charge de toute pathologie chirurgicale pédiatrique, programmée ou non, pour les enfants de plus de 3 ans, sous réserve d'une pratique régulière pour les enfants de 3 à 5 ans; ils pourront également prendre en charge les actes programmés les plus courants chez les enfants de 1 à 3 ans, notamment en ambulatoire, si les chirurgiens et les anesthésistes, non dédiés à une pratique pédiatrique ni titulaires de diplômes pédiatriques, disposent d'une pratique hebdomadaire sur ce type de prise en charge. Les actes les plus courants sont concernés tels que l'ORL, et l'ophtalmologie courante, ectopies testiculaires, hernies, etc... Le centre de proximité assure la continuité des soins pour ses propres patients pédiatriques, hors horaires de fonctionnement du bloc, pour les reprises chez les enfants opérés de 1 à 3 ans, et éventuellement une permanence des soins pour les enfants >3 ans, avec un personnel médical compétent selon les mêmes critères de compétence que le jour. Cette continuité des soins avec du personnel médical à valence pédiatrique spécifique peut être mutualisée entre centres de proximité faiblement éloignés.

Pour tous les enfants de 1 à 3 ans, et pour tout enfant de 3 à 15 ans porteur d'une pathologie complexe, en ce qui concerne la prise en charge de chirurgie non programmée (hors reprises post-opératoires), les actes sont décidés par accord entre anesthésiste et chirurgien sur l'appréciation du bénéfice risque de la réalisation de l'acte sur place versus un transfert vers un centre de niveau supérieur. En l'absence d'accord entre l'anesthésiste et le chirurgien l'enfant est transféré vers un centre spécialisé ou de recours après échange avec le chirurgien pédiatre de ce centre.

2. **Les centres de chirurgie pédiatrique spécialisés :**

- ✓ peuvent prendre en charge les enfants de la naissance à 18 ans,
- ✓ doivent assurer la prise en charge de proximité des patients domiciliés sur leur territoire de santé,
- ✓ ont un rôle de recours et d'appui pour les centres de proximité, avec signature de conventions avec les centres de proximité du territoire,
- ✓ sont en rapport tant avec les centres de référence qu'avec les centres de proximité.

Du fait de ses moyens et équipements, ce centre peut pratiquer tout acte :

- ✓ Ne nécessitant pas une réanimation pédiatrique prévisible.
- ✓ Ne justifiant pas d'une prise en charge par équipe pluridisciplinaire pédiatrique (ex : tumeurs malignes...).
- ✓ Ne nécessitant pas une technologie particulière et en accord avec les recommandations (Ex : PES/PEM et chirurgie de la scoliose...)
- ✓ Sur les brûlures à l'exception de celles dont la surface est supérieure à 5% avant 1 an et supérieure à 10% après 1 an.
- ✓ Dispose de chirurgiens pédiatres et d'anesthésistes formés à l'anesthésie du nourrisson
- ✓ D'une astreinte de pédiatrie 24/24

3. Les centres de recours régional en chirurgie pédiatrique

Ils peuvent recevoir les enfants de la naissance à 18 ans et ceci quelle que soit la pathologie. Tous les enfants dont l'acte justifie d'un séjour en réanimation prévisible en post opératoire, doivent y être adressés.

Ils disposent d'équipes chirurgicales, anesthésiques pédiatriques de recours, et de pédiatres, de garde 24/h24.

Tranche d'âge	Centre de proximité	Centre spécialisé	Centre de recours
<1 an	Activité réglée uniquement au cas par cas ; personnel formé ; pas d'urgences	Oui sauf pathologies complexes	oui
1-<3 ans	Activité réglée si pratique régulière (hebdomadaire) Urgences/nuit : si Continuité des soins assurée par du personnel ayant une pratique régulière et selon le bénéfice risque évalué par l'anesthésiste et le chirurgien	oui	oui
3-5 ans	Activité réglée et urgences si pratique régulière et Continuité des soins assurée par le personnel habilité	oui	oui
6-14 ans	Activité réglée et urgence sauf pathologies complexes	oui	oui
>15ans	tous	tous	oui

L'adhésion des centres réalisant de la chirurgie pédiatrique à une de ces catégories, la contractualisation de chaque centre avec des centres de niveau différent, et la mise à disposition de formations continues régionales, remises à niveau, de descriptifs précis de conditions de fonctionnement pour chaque catégorie de centre est un des objectifs du PRS de chirurgie 2017-2023. La labellisation des centres du réseau sera renouvelée de manière régulière.

Le réseau, qui pourra disposer de statuts et de réunions régulières au moins annuelles, répondra à un règlement interne qui pourra être évolutif. Il pourra procéder à des actions d'évaluation interne comme par exemple des RMM régulières de chirurgie pédiatrique dans le cadre de l'activité du réseau.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Implanter la réhabilitation améliorée après chirurgie dans tous les établissements de chirurgie, par voie de contractualisation CPOM.

OBJECTIF 2 : Organiser la coordination en ville des prises en charge post opératoires lourdes, pour accompagner le virage ambulatoire sur les chirurgies lourdes, et optimiser l'utilisation des ressources humaines.

OBJECTIF 3 : Mettre à disposition un système d'information partagé, pour sécuriser la période post opératoire précoce au domicile.

OBJECTIF 4 : Organiser une prise en charge graduée de la chirurgie en fonction du plateau technique nécessaire, avec des équipes partiellement mobiles entre sites.

OBJECTIF 5 : Elargir les critères d'évaluation des activités chirurgicales et interventionnelles sur des critères composites.

OBJECTIF 6 : Anticiper les besoins en formation et en nouveaux métiers et anticiper l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines.

OBJECTIF 7 : Organiser la gradation de la chirurgie pédiatrique.

OBJECTIF 1: Implanter la réhabilitation améliorée après chirurgie dans tous les établissements de chirurgie.

L'ARS contractualisera avec les établissements sur la mise en place de cette démarche ainsi que sur le suivi de sa mise en œuvre, en incluant la mesure d'indicateurs de satisfaction patients (PROM) dans les établissements volontaires.

OBJECTIF 2: Organiser la coordination en ville des prises en charge post opératoires lourdes, pour accompagner le virage ambulatoire sur les chirurgies lourdes, et optimiser l'utilisation des ressources humaines.

- Cartographier l'offre de professionnels de santé libéraux et l'analyser au regard des besoins pour assurer le virage ambulatoire sur les gestes lourds.
- Organiser une offre de formation répondant aux besoins, avec la collaboration des URPS des différents professions paramédicales, et rendre visible par territoire, les compétences spécialisés acquises et disponibles, en s'appuyant notamment sur les plateformes territoriales d'appui.
- Assurer, et monitorer le maillage territorial en professionnels de la coordination et en professionnels formés à la réhabilitation améliorée après chirurgie.
- Accompagner les avancées légales et tarifaires sur le transfert du post opératoire lourd de l'hôpital vers la ville.
- Travailler à des solutions d'aval pour les patients âgés en perte d'autonomie ou les patients en situation de dépendance qui ne peuvent rentrer à domicile.

OBJECTIF 3 : Mettre à disposition un système d'information partagé, pour sécuriser la période post opératoire précoce au domicile

Ce système d'information partagé est interopérable entre établissements de santé, privés comme publics, et soignants libéraux impliqués dans le post opératoire (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins traitants, patients eux-mêmes, familles). Il permet de gérer les droits d'accès en fonction des besoins et qualifications. Une quantité minimale et standardisée d'information sera accessible par patient et par séjour. Il permettra de générer des alertes automatisées pour gérer le flux de patients attendus en ambulatoire ou en hospitalisation de courte durée sur des gestes plus lourds.

L'utilisation de ce système d'information pourra, dans un premier temps, être priorisée sur les chirurgies et/ou les patients complexes.

OBJECTIF 4 : Organiser par expérimentations et projets pilotes une prise en charge graduée de la chirurgie en fonction du plateau technique nécessaire, avec des équipes partiellement mobiles entre sites

- Développer la mutualisation de larges équipes multidisciplinaires (chirurgiens, endoscopistes, radiologues interventionnels).
- Flécher des équipes pluridisciplinaires intervenant au sein de filières graduées entre établissements de santé d'un même groupe (GHT) et plus largement d'un même territoire, pour associer les équipes privées.
- Ouvrir les plateaux techniques à des équipes homologuées publiques et privées.
- Assurer un accès à l'information et des avis chirurgicaux par téléphone/télémedecine par territoire, afin d'éviter passages aux urgences intempestifs et des ré hospitalisations inutiles ou retards de prise en charge.

OBJECTIF 5 : Elargir les critères d'évaluation des activités chirurgicales et interventionnelles sur des critères composites.

L'évaluation des activités chirurgicales et interventionnelles lors des demandes d'autorisation devra en compte les critères suivants :

- des critères de volume minimum, par spécialité et les tendances d'évolution de l'activité dans l'établissement. (anticipation des décrets) ;
- des critères de pertinence des actes, sur lesquels des objectifs pourront être contractualisés dans les CAQES sur des thématiques ayant fait l'objet d'une évaluation régionale par l'IRAPS ;
- Des critères de qualité.
 - Critères intermédiaires de qualité des processus (organisationnels) ;

L'évaluation pourra en outre prendre en compte les critères suivants :

- Critères de résultats finaux : ré hospitalisation, survie ;
- Critères de satisfaction : les PROM (patient related outcome measures) indicateurs standardisés évaluant le résultat rendu en particulier du point de vue du patient. La mesure des PROM se fera dans un premier temps sur la base d'expérimentations de la part d'établissements volontaires.
- Critères organisationnels : les équipes seront encouragées à collaborer sur plusieurs sites en fonction du plateau technique nécessaire pour un acte donné.

OBJECTIF 6 : Anticiper les besoins en formation et en nouveaux métiers et anticiper l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines.

- Former les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, en établissement de santé (anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, cadres, infirmières et coordonnateurs), et en ville

- à la prise en charge ambulatoire en chirurgie et en particulier à la Raac. Encourager les formations initiales et continues en privilégiant le *e-learning*.
- Créer de nouveaux métiers à l'hôpital : techniciens de matériel de bloc, informaticiens support pour les interfaces de partage d'information ville hôpital, assistants cliniciens dans les services de chirurgie (délégation des tâches médicales simples en relai des chirurgiens), coordonnateurs ville hôpital.
- Créer de nouveaux métiers en ville formés à la Raac, en lien avec les plates formes de coordination : coordonnateur de parcours, gestionnaire de cas complexe,...

OBJECTIF 7 : Organiser la gradation de la chirurgie pédiatrique

La chirurgie pédiatrique représente, hors chirurgie néonatale (<1mois) et endoscopies, 10% des actes de chirurgie de la région.

Dans le domaine de la chirurgie infantile, l'organisation de la prise en charge devra s'organiser en 3 niveaux en fonction de l'environnement chirurgical et anesthésique, et pédiatrique pour certains centres :

- centre de chirurgie pédiatrique de recours ;
- centre de chirurgie pédiatrique spécialisé ;
- centre de chirurgie pédiatrique de proximité.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Amélioration de la coordination des prises post opératoires en charge en ville.
- Des professionnels de la coordination post-opératoire sont formés avec des formations longues (master 2), mi-longues (Diplôme universitaire, certificat universitaire de Raac, d'ambulatoire, MOOC, etc...) ou courtes (DPC, EPU, etc...).
- Les informations médicales du patient concernant son intervention sont sécurisées de manière homogène et interopérable, dans l'attente de l'évolution de la mutualisation de la pds entre GHT, établissements voisins, etc...
- Le partage d'informations médicales et de paramètres de surveillance croisées entre établissements de chirurgie, organismes de coordination et professionnels de santé libéraux est facilité, pour sécuriser une période post opératoire de plus en plus précocement effectuée à domicile, en priorisant les chirurgies et/ou les patients complexes dans un premier temps.
- La coordination des prises en charge en ville est améliorée et sécurisée de manière homogène et interopérable.
- Amélioration de la pertinence des actes de chirurgie.
- Amélioration de la pertinence des parcours.
- Optimisation de l'utilisation de tous les plateaux : désengorgement des plateaux de recours et maintien des plateaux périphériques dans des conditions optimales de qualité.
- Pallier la raréfaction de personnels médicaux et les recentrer sur les missions à forte valeur ajoutée.
- L'offre sur des critères de qualité et de pertinence et non de simple volume est régulée.
- Augmentation du taux chirurgie ambulatoire.
- Diminution de la morbi-mortalité en chirurgie.
- Amélioration de la satisfaction des patients.
- Amélioration de la coordination des prises post opératoires en charge en ville.
- Des professionnels formés à la coordination post opératoire.
- Sécurisation des informations médicales du patient, de manière homogène et interopérable.
- Amélioration de la pertinence des actes de chirurgie
- Amélioration de la pertinence des parcours

- Les patients bénéficient d'un dépistage précoce de la maladie chronique
- Les patients atteints de maladies chroniques ont accès à des programmes d'ETP sur tout le territoire et à une activité physique adaptée
- L'accès à l'expertise est amélioré

3.4.10 CHIRURGIE

CONTEXTE

L'activité de réanimation relève d'une ressource rare, répartie, en 2018, sur 44 services. Le fonctionnement de ces services nécessite des compétences spécifiques par la présence de médecins anesthésistes réanimateurs ou de réanimateurs médicaux, et de personnel paramédical en nombre et formé.

Ces services constituent une partie intégrante des plateaux techniques polyvalents de recours. Ils nécessitent la double présence continue de compétences pluri professionnelles spécialisées, et de matériels et d'équipements lourds.

Une consommation régionale de soins critiques importante supérieure à la moyenne nationale.

Par rapport à la situation nationale, la région Paca est bien équipée en termes de lits de réanimation. La densité de lits de soins critiques (réanimation et surveillance continue) atteint 28 lits pour 100 000 habitants, soit deux fois plus que certaines régions françaises. Le taux de recours ajusté à la réanimation est de 300 séjours/100 000 habitants par an, il est supérieur au taux national (290 séjours/100 000 habitants). Le taux d'équipement par département n'est pas un indicateur fiable dans la mesure où les départements des deux CHU regroupent des lits de réanimation de recours spécialisé régionaux et des lits de réanimation « standard ».

Une majorité de séjours concerne des patients de 65 ans et plus, en France comme en Paca.

La région a réalisé en 2016 environ 148 000 journées de suppléments en réanimation pour

16 000 séjours. Les séjours post opératoires représentent 40% des séjours de réanimation.

Les fuites vers les établissements des régions limitrophes sont faibles (630 séjours par an, soit 3,8% des séjours) et concernent principalement le Vaucluse, limitrophe avec la réanimation du CHU de Nîmes et les Hautes Alpes limitrophe avec la réanimation de Grenoble. A l'inverse, 1272 séjours de réanimation sont réalisés pour des patients résidant en dehors de notre région. Le chiffrage des besoins en réanimation est une question débattue internationalement à laquelle il est difficile de répondre. Tout au plus peut-on dire que la France est dans une moyenne internationale haute en terme de lits disponibles et la région, en dessus de ces moyennes françaises. De plus, les marqueurs d'activité régionaux témoignent d'une utilisation justifiée et raisonnée des lits de réanimation, ceci étant plus discutable en surveillance continue. L'axe recherché sera donc de mieux utiliser les ressources disponibles en travaillant sur l'optimisation de l'amont et de l'aval, plutôt qu'une augmentation directe des lits qui serait difficile à organiser de manière pérenne notamment en raison des exigences d'excellence exigeante en ressources tant en personnel qu'en matériel et plateaux

Une offre importante en surveillance continue, en particulier en surveillances continues non accolées à une réanimation et dites «isolées».

	Réanimations		Unités de surveillance continue accolées		Unités de surveillance continue isolées		USC
	public	privé	public	privé	public	privé	
Nombre d'unités	35	10	33	10	11	24	77 USC
Nombre de places	388	100	228	194	71	224	716 lits

SOURCE : ENQUETE ARS PACA AVRIL 2016

Les réanimations relevant du régime des autorisations sont obligatoirement accolées à des unités de surveillance continue, qui relèvent d'une contractualisation avec l'ARS. Seules deux réanimations ne disposent pas de leur propre SC

Les unités de surveillance continue dites isolées (non accolées à une réanimation) reconnues par reconnaissance contractuelle, gèrent des patients de gravité intermédiaire, issus de services chirurgicaux, médicaux, ou des services d'urgences. Ces USC isolées représentent un quart des jours de surveillance continue facturables sur la région (50 000 jours environ et 9 000 séjours).

Les structures privées à but lucratif ont une place importante en soins critiques en Paca: elles représentent 20% des lits de réanimation mais 58% des lits de surveillance continue, avec en particulier 76% des lits de surveillances continues isolées non adossées à une réanimation. Certaines structures ont plusieurs unités distinctes de surveillance continue isolée.

Une grande variabilité des missions et conditions d'exercice des surveillances continues

Les unités de surveillances continues méritent d'être mieux intégrées dans l'offre. En tant qu'unités d'amont, elles peuvent jouer un rôle d'unités intermédiaires avec la réanimation. En tant qu'unité d'aval des réanimations, elles permettent le rapprochement du domicile et le délestage des unités de recours spécialisées. Elles sont aussi des unités pourvoyeuses de soins critiques de premier recours.

Les missions, les pratiques, le nombre de lits, la qualité et les conditions de fonctionnement et de sécurité de ces unités de surveillance continue isolées, privées et publiques, sont très disparates ; certaines unités de surveillance continue isolée accueillent des patients ne remplissant pas les critères d'activité permettant la facturation majoritaire d'une activité de surveillance continue.

Ainsi, en 2016, 70% des journées facturées de surveillance continue sont réalisées dans les USC adossés à des réanimations. 30% des journées sont facturées dans les 35 unités isolées de la région. Le taux d'occupation est beaucoup plus bas dans les USC isolées (55.3% de suppléments contre 94% lorsque l'usc est accolée) témoignant d'une utilisation plus dispersée des USC isolées vis-à-vis de soins réellement critiques, et probablement plus de «soins lourds mais non critiques», qui à ce jour ne peuvent être faits nulle part ailleurs faute d'unités adaptées aux patients lourds mais non critiques.

Des évolutions à venir pour mettre à jour les textes réglementaires et tenir compte des normes de qualité actualisées des sociétés et fédérations savantes²⁴.

Les textes règlementaires en vigueur n'ont pas changé depuis le PRS précédent. Les recommandations plus récentes des sociétés savantes datent de 2012 et établissent des standards de qualité beaucoup plus élevés, tant en réanimation qu'en surveillance continue.

Une évolution des textes est attendue au cours du PRS présent, qui pourrait redessiner la carte. Il est envisagé une autorisation mixte de soins critiques, qui autoriserait des capacités globales de réanimation et surveillance continue, avec des minima de lits de soins critiques plus élevés qu'aujourd'hui (taille de réanimation de 8 lits minimum et dérogatoire à 6 possible) ou des surveillances continues seules, rendant de fait la surveillance continue soumise à autorisation.

Une tarification qui n'encourage pas le transfert fluide des patients entre réanimation et surveillance continue adjacente ou éloignée, ni entre réanimation de plateau lourd et de plateau de recours intermédiaire.

Les activités de soins critiques sont financées par de la tarification à l'activité et, à partir d'un niveau de gravité suffisant, par des suppléments journaliers de surveillance continue ou de réanimation. Ces services sont souvent très coûteux pour les structures. Prises isolément, ces activités, qui concentrent fortement des moyens humains et matériels, atteignent difficilement l'équilibre financier. Elles

²⁴ Décret 2002-465 et -466 du 5 avril 2002 sur la réanimation et la surveillance continue

Décret 2002-72 et 74 du 24 janvier 2006 sur la réanimation pédiatrique

Circulaire DGOS 2003/413 du 27 août 2003 sur l'organisation des réanimations surveillances continues et soins intensifs.

constituent cependant un service de santé public essentiel et permettent la sécurisation d'autres activités plus rémunératrices (chirurgie par exemple).

Les critères de tarification des séjours sont insuffisamment réactualisés. Le passage en surveillance continue depuis la réanimation pour fluidifier les passages en réanimation n'est pas facilité par les conditions de tarification. En surveillance continue, à l'inverse, la sous tarification est avérée de certaines conditions critiques justifiant la surveillance continue. La pertinence des séjours est, dans ce contexte, difficile à contrôler, et induit des effets pervers de facturation par les établissements qui doivent assurer l'équilibre financier de ces unités hautement couteuses.

Ainsi seuls 40% des patients de réanimation sortent par une surveillance continue.

Par ailleurs, le passage entre réanimation de recours et réanimation polyvalente, pratique dont le développement permettrait de fluidifier les parcours, se heurte à des obstacles tarifaires favorisant le maintien en réanimation de recours et désavantageant le transfert vers les réanimations polyvalentes receveuses.

Face à des unités structurellement déficitaires, un décret de 2017²⁵ a posé les bases juridiques afin d'instaurer, à moyen terme, un modèle de financement mixte, la dotation modulée à l'activité. Il prévoit une dotation forfaitaire en complément de la tarification à l'activité.

Vers une utilisation raisonnée des services de réanimation

L'activité réalisée dans les différents services de réanimation est hétérogène, du fait des situations de santé des patients, des thématiques et des caractéristiques de leurs plateaux techniques. Il est donc très difficile de comparer les réanimations entre elles sur des marqueurs de gravité ou des gestes marqueurs

L'Agence nationale d'amélioration de la performance²⁶ a établi une tentative de benchmark en 2012. Elle a abouti à la description schématique de quatre types de réanimations, aux durées moyennes de séjour et indices de gravité variés.

Classification des réanimations selon l'ANAP					
Type de réanimation	Flux sortie	DMS*	IGS** médian	Décès	>75ans
I. 60% venant du bloc	50% chirurgie et USC	4,7	30	<5%	33%
II. 60% des urgences	40% médecine USC	8	44	15-25%	<25%
III. 50% autres ES et Urgences	40% autres	16	49	28%	
IV. Bloc et urgences	60% vers chirurgie	7,3	29	7 à 14%	15,20%

*DMS : Durée moyenne de séjour

**IGS : Index de gravité standardisé

La région a réalisé en 2016 environ 148 000 journées de suppléments en réanimation pour 16 000 séjours. Les séjours post opératoires représentent 40% des séjours de réanimation.

Les fuites vers les établissements des régions limitrophes sont faibles (630 séjours par an, soit 3,8% des séjours) et concernent principalement le Vaucluse et les Hautes Alpes. A l'inverse, 1272 séjours

²⁵ décret n° 2017-247 du 27 février 2017 relatif à l'adaptation des règles de financement des établissements de santé

²⁶ Référence ANAP

de réanimation sont réalisés pour des patients résidant en dehors de notre région. La région a un solde positif de séjours.

Le taux d'occupation préconisé par l'ANAP en réanimation est de 85%. Il permet un turn-over fluide et une disponibilité immédiate suffisante de lits. Le taux d'occupation moyen régional sur les journées facturées est de 86%, et monte à 91% en incluant les journées passées en réanimation sans supplément²⁷. Ce taux élevé témoigne, selon les recommandations de l'ANAP d'une utilisation raisonnée de cette ressource rare et chère, malgré une offre élevée.

Les moyennes régionales des marqueurs de gravité des patients, et des taux d'occupation des réanimations, permettent de constater une gravité certaine des patients et un nombre régional global de lits justifié. Cependant ces chiffres régionaux masquent des disparités d'activité et de lourdeur entre les centres, dans la sévérité des patients pris en charge, les taux d'occupation, les taux de facturation des suppléments, et les taux d'actes marqueurs. Cette hétérogénéité est en partie justifiée par la concentration des cas les plus graves sur les plateaux techniques de recours. A l'inverse, le faible taux d'actes marqueurs et de patients de certaines activités de réanimation polyvalentes pose question.

Une analyse du PMSI de petites réanimations montre qu'une partie des lits est utilisée pour des soins palliatifs, faute de solution d'aval adaptée.

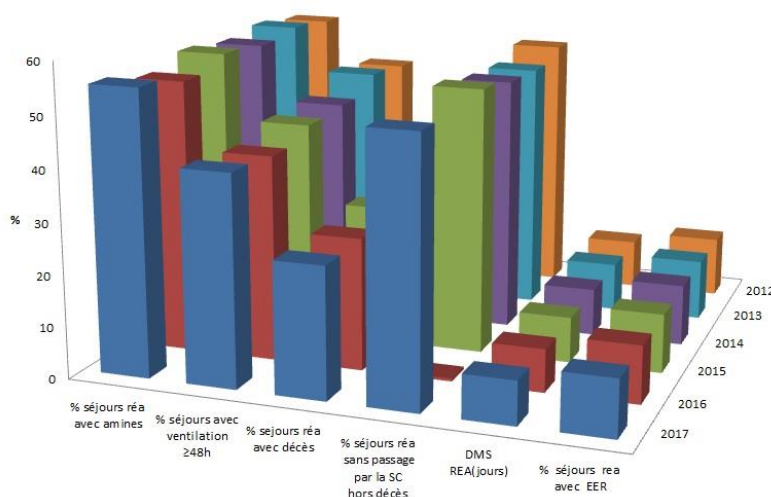
A terme, avec une gradation des soins optimisée, les réanimations doivent coïncider aux plateaux techniques polyvalents et spécialisés importants (niveau 3-4).

Il existe une tendance au fil des années à des taux d'occupation de plus en plus élevés, voire trop élevés dans les réanimations de recours des établissements de référence, et à des taux d'occupation plus faibles des réanimations polyvalentes de plus petite taille.

La sur-occupation expose à des risques de pertes de chance pour les malades, par absence de place disponible en temps réel. Elle expose aussi les équipes à des risques psycho sociaux et des turn-over élevés de personnels très spécialisés, notamment les paramédicaux.

La sous occupation expose à des risques de non pertinence des indications, de devenir moins bon des malades, du fait du faible volume d'activité, ainsi qu'à la perte de certaines compétences spécialisées des personnels. Elle contribue également à l'aggravation de la situation financière des établissements en raison du coût de fonctionnement très élevé de ces unités.

Evolution des caractéristiques des séjours de réanimation PACA 2012-2017



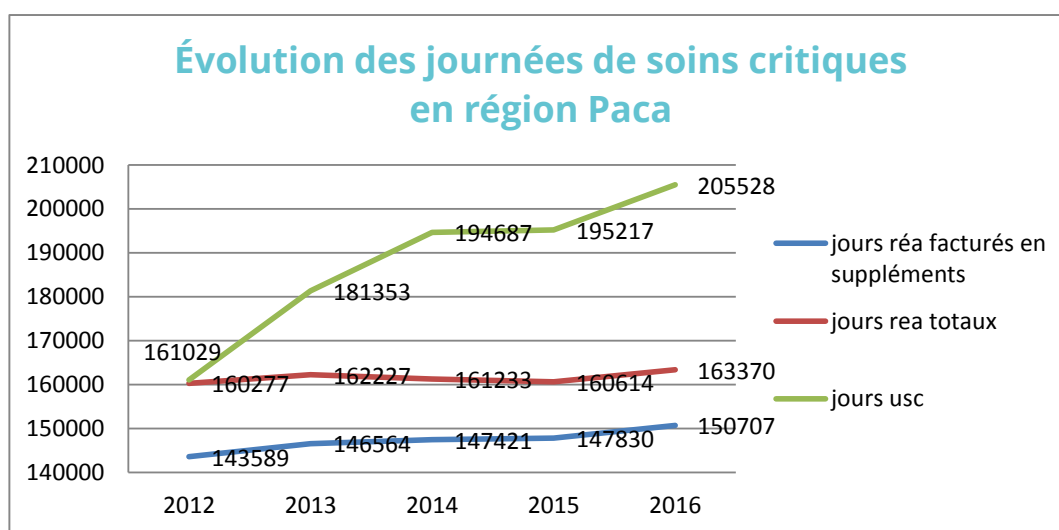
²⁷ Journées facturées en Soins intensifs issus de réanimation

Une augmentation marquée du recours aux séjours de soins critiques, sur les 5 dernières années, avec un recours élevé à recours à la surveillance continue exclusive (+25%).

Les services de réanimations ont réalisé 16 600 séjours en 2015. Entre 2007 et 2012, ces séjours ont augmenté de 11,7%. Ce taux est beaucoup plus rapide que l'augmentation de la population. La consommation de séjours de réanimation est trois fois plus élevée chez les habitants de plus de 75 ans et le vieillissement anticipé de la population (16,4% de la population Paca en 2040) fait craindre que le taux de recours n'augmente drastiquement d'ici 2030.

En 2015, 35 000 séjours ont été réalisés en unité de surveillance continue, dont près de 30 000 séjours sans réanimation.

Cette tendance à l'augmentation des journées de surveillance continue se retrouvait aussi sur le PRS précédent. Depuis 2009, le nombre de jours de surveillance continue a augmenté de 77%. L'augmentation du nombre de journées avec réanimation a été plus maîtrisée (+27%).



Cette évolution est liée à la fois à la lourdeur des certains patients (sauvés grâce à la réanimation mais restant très dépendants des soins) et à des pratiques de recours.

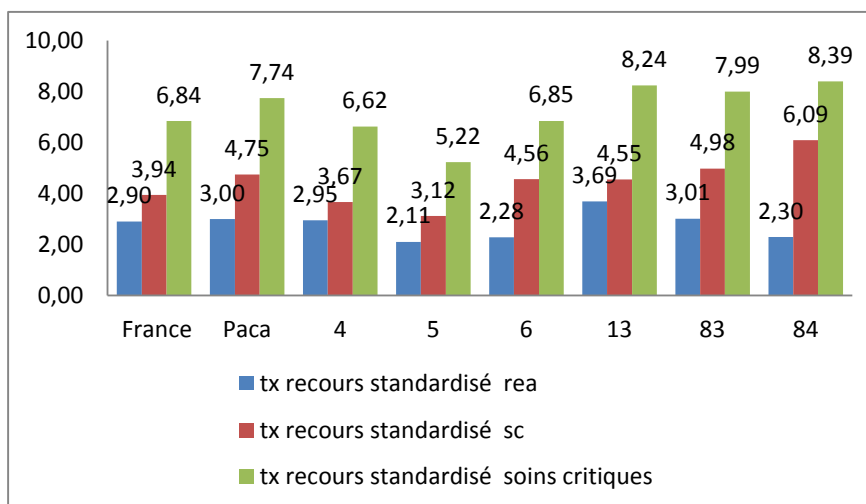
Il conviendra donc d'étudier les besoins et le taux de recours afin d'adapter la gradation des soins critiques (mise en œuvre de la réforme à venir).

Des disparités géographiques de recours aux soins critiques, interrogeant sur la pertinence de l'accès aux soins critiques

Les réanimations sont des services où l'admission est médicalement régulée. Le taux de recours de la population aux services de réanimation, ajusté sur l'âge des habitants d'un département devrait théoriquement être homogène entre départements.

Or, on constate une inégalité de recours aux séjours de réanimation : il est plus faible pour les départements du Vaucluse, des Hautes Alpes. Ces départements sont moins pourvus en lits de réanimation, cependant ceci peut être justifié par l'absence de certaines activités de recours sur ces plateaux ; le nombre de lits de réanimation ne peut s'envisager que de manière globale sur la région, contrairement au nombre de lits de surveillance continue dès lors qu'ils sont conçus comme des lits de soins critiques de premier niveau. D'ailleurs le Vaucluse a en parallèle de son taux de recours faible à la réanimation, un taux de recours aux surveillances continues beaucoup plus élevé que d'autres départements. Ceci interroge la pertinence du recours aux séjours de réanimation. Existe-t-il des sous recours dans certains endroits et des sur recours dans d'autres ? Cette question de la pertinence des séjours réalisés en réanimation devra constituer un axe de travail.

Département	Nombre de lits de réanimation /SC/soins critiques totaux	Taux d'équipement 2016 par 100 000 habitants du département Réa/USC/soins critiques	Taux de recours 2016 des habitants du département, ajusté sur l'âge **
Alpes-de-Haute-Provence	6/10/16	3.7/6.15/9.8	2.95/3.67/6.62
Hautes-Alpes	8/10/18	5.7/7.1/12.8	2.11/3.12/5.23
Alpes-Maritimes	89/216/305	8.2/19.9/28.1	2.28/4.56/6.85
Bouches-du-Rhône	313/311/624	15.6/15.5/31.1	3.69/4.55/8.24
Var	56/109/165	5.4/10.5/15.9	3.01/4.98/7.99
Vaucluse	16/60/76	2.8/10.8/13.6	2.3/6.09/8.39
Paca	488/716/1150	9.8/14.4/24.2	3.0/4.75/7.74
France			2.9/3.94/6.84



ENJEUX

CARACTÉRISER LES RÉANIMATIONS PAR LEURS PLATEAUX TECHNIQUES ET LEURS MOYENS HUMAINS.

L'accès aux réanimations doit être adapté selon la pathologie de la personne, en fonction de l'équipement du plateau et des ressources humaines. Les professionnels souhaitent connaître les moyens disponibles sur les différents plateaux de réanimation de la région, ceci afin d'améliorer l'adressage des patients. Ceci permettrait aussi de concentrer les ressources humaines hyperspécialisées sur les plateaux techniques les plus lourds.

La description précise du plateau disponible, réanimation par réanimation, et du case mix des réanimations et de leur spécificité, sera mise à disposition dans le ROR. Pour cela, une classification commune sera mise au point avec les professionnels. Le ROR inclue désormais une disponibilité des lits de réanimation ; un travail de description formelle des plateaux techniques accolés aux réanimations doit suivre.

■ AMÉLIORER LA PERTINENCE DES PARCOURS EN SOINS CRITIQUES, DANS UN CONTEXTE D'AUGMENTATION SOUTENUE DE LA DEMANDE EN SOINS CRITIQUES, EN TRAVAILLANT PRIORITAIREMENT SUR LA FLUIDIFICATION DE L'AMONT ET DE L'AVAL, ET LA PERTINENCE DES ADMISSIONS.

La demande, exprimée dans le domaine des soins critiques, par le nombre de séjours produits, est en constante augmentation, en Paca tant qu'en France, probablement du fait de plusieurs phénomènes.

- Le vieillissement de la population : les personnes âgées de plus 75 ans ont un recours trois fois plus élevé aux séjours de réanimation en Paca en 2014 que l'ensemble de la population²⁸
- L'augmentation de l'utilisation de techniques plus invasives dans les stratégies thérapeutiques, en particulier pour les personnes âgées tout comme pour les patients porteurs de comorbidités chroniques.
- Les techniques de plus en plus poussées avec une mortalité en baisse (-10 points de mortalité en 20 ans, en particulier sur des pathologies emblématiques comme le choc septique).
- Les réanimations se spécialisent et les professionnels sollicitent des recours aux avis et transferts spécialisés. Les plateaux techniques de recours sont donc de plus en plus sollicités
- Les modalités de transfert des patients vers des réanimations plus proches, une fois la phase aigüe passée, ne se fait pas encore de manière fluide.

L'offre de soins de la réanimation, malgré son importance, menace d'être saturée et d'autant plus saturée dans les centres de recours, situés dans les métropoles. La tendance d'augmentation soutenue risque de rapidement mettre le système sous forte tension. Il sera nécessaire de travailler plutôt sur l'amont et l'aval de la réanimation, et en particulier sur une utilisation des surveillances continues en tant qu'unités de soins critiques de premier niveau. Le nécessaire travail de fluidification en réanimation doit permettre d'absorber l'augmentation de la demande.

Des leviers d'amélioration de la pertinence doivent être développés avant, pendant et après le séjour en réanimation à proprement parler : pertinence de l'indication de recours à la surveillance continue, pertinence de l'indication de recours à la réanimation, Pertinence de l'indication d'une réanimation de plateau polyvalent de recours.

Il s'agit de :

- optimiser l'amont : pas d'admission injustifiée par manque de solutions adaptées. Un travail est à faire en lien avec les urgentistes et les Samu sur le respect des demandes de LATA pré établies par les patients et en particulier dans les Ehpad ;
- permettre un recours gradué et fluide à la surveillance continue, à une réanimation polyvalente, à une réanimation de recours, et aux autres services quand les soins critiques ne sont pas adaptés : le bon patient dans le bon type d'unités de soins critiques au bon moment ;
- optimiser l'aval : en diminuant le nombre de patients bed-blocker en réanimation. Pour les patients à bon pronostic de récupération fonctionnelle après séjour prolongé, créer des unités et des débouchés pour les patients présentant un syndrome post réanimation, de façon à lutter contre la chronicisation en réanimation des patients les plus fragiles, et fluidifier le parcours de la réanimation jusqu'aux SSR puis jusqu'au médico-social ;

²⁸ Source PMSI Paca 2015

- la fluidification de l'aval est à mener sur deux champs : améliorer la récupération fonctionnelle des patients plus précocement en réanimation, en développant la Raar en lien avec les rééducateurs fonctionnels, et trouver des solutions d'aval insuffisantes ou inexistantes aujourd'hui pour les patients à bon ou mauvais pronostic post réanimation.

■ CRÉER DES FILIERES SPÉCIFIQUES SUR CERTAINES PATHOLOGIES PARTICULIERES DE LA REANIMATION, EN ORGANISANT UNE GRADATION DES REANIMATIONS POUR LES PATHOLOGIES POUR LESQUELLES UN RETARD DE PRISE EN CHARGE PEUT ENTRAÎNER UNE PERTE DE CHANCE.

Seules certaines thématiques sont concernées : insuffisance circulatoire et respiratoire sévères nécessitant une suppléance circulatoire (UMAC et recours à ECMO - Extra Corporel Membrane Oxygénation), hématologie, recours à des techniques interventionnelles spécifiques, polytraumatismes, neurologie en réanimation. Il s'agit de définir régionalement des procédures d'accès avec des délais adéquats aux plateaux techniques lourds pour les patients en relevant.

La filière de soins critiques sur les polytraumatismes a d'ores et déjà vu le jour entre services d'urgence, SAMU, réanimation polyvalente et de recours. Des recommandations formalisées régionales ont été écrites.

■ REFONDER LES MISSIONS DES SURVEILLANCES CONTINUES, HOMOGENÉISER LES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES SURVEILLANCES CONTINUES, EN PARTICULIER ISOLÉES, AFIN QU'ELLES CONSTITUENT DES UNITÉS DE SOINS CRITIQUES À PART ENTIÈRE.

Les USC actuelles, en particulier les USC isolées, ne correspondent pas toujours à des USC entendues au sens du décret et des recommandations des sociétés savantes d'anesthésie et de réanimation de 2011 et 2012²⁹. Une grande variabilité des indications et des cas traités, est constatée, ce qui reflète l'adaptation normale de l'activité de ces unités au projet médical et à la population accueillie dans l'établissement. Il est également constaté une grande variabilité des conditions de fonctionnement, notamment sur la continuité des soins et la permanence des soins. En l'absence de réglementation, ceci questionne sur les moyens affectés à ces unités, par exemple entre les unités isolées et les unités adossées à une réanimation, ou encore en particulier entre les unités de surveillance continue des établissements privés et publics. Les unités USC isolées sont particulières dans le paysage des soins critiques. Elles accueillent parfois un faible taux de patients nécessitant une offre de soins critiques. A l'opposé, bien qu'elles accueillent des malades nécessitant une surveillance rapprochée, elles constituent parfois dans les faits des réanimations avancées, recueillant des patients précaires dans les services ou en post opératoire ou par le biais des urgences, pour lesquels le transfert en réanimation peut s'avérer difficile et contraint à une prise en charge de réanimation en USC. Cependant statutairement elles n'ont pas le droit de prendre en charge un patient en défaillance d'organe (s) pendant plus de 24 heures (par exemple un patient sous respiration artificielle) sans le transférer dans une réanimation. On peut distinguer donc dans les faits deux risques opposés dans les USC :

- **soit des unités accueillant des patients trop lourds, et remplissant le rôle de réanimation «bis» pour les patients qui sont refusés en réanimation** ; ainsi un certain nombre d'USC isolées font des actes de réanimation plus de 24 heures. Cette tendance va se confirmer chez des patients pour lesquels l'USC sert de réanimation d'attente pour des patients très âgés ou de pronostic défavorable dont l'indication d'admission en réanimation est discutée. Avec des modes de fonctionnement homogénéisés et optimisés, il serait possible que ces USC délivrent des soins critiques pendant 24-48 heures des traitements peu invasifs (ventilation non invasive par exemple) ;

²⁹ unités de soins critiques liées à l'activité de réanimation, disposant de chambres seules, monitoring, normes non réglementaires mais conseillées de ratio de personnel d'une infirmière pour 4 malades et 1 as pour 6 malades, médecin dédier, etc...)

- soit des unités dont les moyens mis en œuvre pour assurer la prise en charge de patients critiques, semblent insuffisantes. Ces unités ont une structure, des moyens et des organisations très divers et sous dimensionnés. Par exemple, des ratios d'infirmières de 1 pour 12 la nuit, ou encore l'absence totale de médecin sur place la nuit. Dans ces situations, la contractualisation avec l'ARS sur une activité de soins critiques ne doit pas être maintenue.

DES PROJETS DE TERRITOIRE EN SOINS CRITIQUES, AVEC DE VÉRITABLES PARTENARIATS OPÉRATIONNELS ENTRE UNITÉS DE SURVEILLANCE CONTINUE ET RÉANIMATIONS D'UN MÊME TERRITOIRE.

La création d'un projet médical de territoire en soins critiques, associant les unités de surveillance continues et les réanimations, incluant si possible les unités du secteur privé, s'inscrit dans les objectifs recherchés de fluidifier les parcours des patients et d'améliorer la pertinence des transferts, de rapprocher les patients de leur domicile, d'améliorer la disponibilité des lits de réanimation de recours, de rompre l'isolement des USC et des réanimations de périphérie en les intégrant dans un réseau de soins critiques, ceci afin de :

- faciliter l'organisation d'une permanence des soins plus souple, en permettant la constitution d'un pool de personnels volontaires pour travailler à des projets de soins critiques communs ;
- maintenir les compétences pour les personnels des unités avec la possibilité d'exercer sur des activités différentes : réanimations, USC isolées ou non ;
- harmoniser les pratiques médicales entre les USC isolées et les services de réanimations partenaires, notamment par la définition de critères communs de prise en charge en réanimation ou en USC. Le traitement d'un volume plus important de patients permet également de répondre aux critères de qualité liés aux volumes ;
- faciliter, grâce à ces partenariats de territoire, les retours des réanimations de recours vers les plus petites USC excentrées, ceci afin de rapprocher la personne de sa famille et désencombrer les réanimations de recours ;
- lutter contre la désertification médicale dans l'arrière-pays, sur l'activité de soins critiques, et sécuriser les personnels médicaux ;
- permettre de conserver un maillage organisé opérationnel de soins critiques de premier recours («séjour d'épreuve» en soins continus pour certains patient sen liens avec la réanimation partenaire).

Ces collaborations doivent nécessairement pour se développer avoir comme pré requis un accès à de l'information partagée, notamment par un dossier de soins partagés en soins critiques entre services de soins critiques, d'urgence et de recours sur certaines filières spécialisées, en développant l'utilisation de de la télémédecine et, en matière d'imagerie, du Pacs partagé (Picture Archiving and Communication System).

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Optimiser la pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques en organisant l'amont des admissions.

OBJECTIF 2 : Optimiser la pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques (pertinence des séjours, et accessibilité) en organisant l'aval, en sortie de réanimation.

OBJECTIF 3 : Intégrer les surveillances continues comme partenaires à part entière des réanimations afin de fluidifier le parcours en soins critiques, pour anticiper l'explosion de la demande.

OBJECTIF 4 : Harmoniser les conditions de fonctionnement des Unités de Surveillance continue

OBJECTIF 1 : Optimiser la pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques en organisant l'amont de l'admission dans une unité.

L'objectif est d'améliorer la pertinence du recours (pertinence des admissions et accessibilité) aux différentes unités de soins critiques de manière fluide, et de mesurer cette pertinence.

1.1 Améliorer les indications et la pertinence des réanimations

En amont, il manque certainement dans l'offre de soins hospitalière, des unités de soins lourds non critiques qui permettraient d'hospitaliser dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité (ratio de personnel soignant formé aux soins lourds) des patients aux lourdes charges de soins mais dont l'état n'est pas critique, afin de recentrer les USC et les réanimations sur leur mission de soins critiques.

- Systématiser les directives anticipées graduées des patients vis-à-vis de leur souhait de réanimation active, dans les ES et les établissements médico sociaux, et formaliser les protocoles de LATA (limitations et arrêts des thérapeutiques actives) graduées.

L'objectif est de généraliser le recueil de directives anticipées graduées, en particulier pour la population des résidents en Ehpad, et de patients chroniques suivis en établissements de santé pour des maladies terminales susceptibles d'engager le pronostic vital à court terme. Il s'agit d'anticiper les conditions d'admission en soins critiques, quand cela est possible, avant l'urgence, afin que les unités de soins critiques en disposent avant de prendre leur décision, souveraine, et de rendre les directives anticipées accessibles aux SAMU et services d'urgence, dont la décision ne peut que rester souveraine. Ceci dans le strict respect de la loi Clays Léonetti, et en accord avec les thématiques de pertinence nationales.

- Travailler avec les urgentistes sur les indications de réanimation, les décisions de limitation des patients prises à froid en concertation, dans le respect de la loi Clays Léonetti.

1.2 Utiliser les unités de surveillance continue dans un rôle d'unités de premier niveau d'admission pour certains patients tout en facilitant les avis tant pour limiter la perte de chance (patient non adressé en réanimation à tort) que l'admission excessive en réanimation.

1.3 Graduer les réanimations en fonction de leur plateau technique, en mettant à disposition un système d'information régional accessible aux urgences, aux SAMU et aux différentes unités de soins critiques, décrivant en temps réel la disponibilité et l'offre des plateaux techniques, la capacité des unités, et les places disponibles.

L'amélioration de l'adressage des patients au bon plateau, doit permettre d'éviter les pertes de chance (plateau sous équipé) et de mieux utiliser les ressources en lits rares des réanimations de recours.

Pour ce faire, la description précise des plateaux techniques environnants sera partagée sur une plateforme ou un outil régional. Les réanimations seraient caractérisées par leur plateau technique et non uniquement par le volume de patients.

- Généraliser l'accès aux nouvelles technologies de la santé
- Créer un plateau de télémédecine entre ces unités pour éviter les transferts inutiles, ou à l'inverse, envisager un transfert vers un plateau plus lourd.

L'utilisation de la télémédecine favorisera les partages d'avis entre réanimations adresseuses et de recours et entre les services d'urgences et les réanimations.

1.4 Créer des filières en soins critiques sur certaines thématiques sur lesquelles l'absence d'adressage au bon plateau au bon moment est un facteur de perte de chance pour le patient.

Une formalisation de toutes les filières nécessaires de soins critiques sera une des thématiques de travail du groupe PRS 2016-20.

Pour ces thématiques précises, permettre une prise de décision rapide et une collaboration aisée entre unités «de recours» et «adresseuses» sur une thématique précise, par la mise à disposition

d'algorithmes de demandes d'avis de recours 24h/24h sur ces pathologies spécifiques. Ceci permettrait d'assurer une prise en charge homogène sur la région de ces pathologies spécifiques, quel que soit le point d'entrée dans le système de santé. Une telle filière existe déjà avec succès : la filière régionale de prise en charge des polytraumatisés qui pourra servir de modèle à l'établissement de ces filières.

Les filières suivantes sont pressenties : SDRA pouvant nécessiter une ECMO, neuro réanimation hors UNV, réanimation nécessitant de la cardiologie interventionnelle ou de l'endoscopie interventionnelle de pointe, réanimation hématologique.

- Approfondir dans le cadre de la suite du PRS, les raisons des variations des taux de recours départementaux et mettre au point des indicateurs de pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques.

Ceci nécessitera un travail de santé publique en lien avec un département de recherche.

OBJECTIF 2 : Optimiser la pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques (pertinence des séjours, et accessibilité) en organisant l'aval, en sortie de réanimation.

2.1 Optimiser l'utilisation des USC en tant que service de soins critiques post réanimation

Pendant le séjour, le choix de l'unité de réanimation doit se faire au plus près des besoins du patient ; certains séjours pourraient bénéficier de transferts plus précoces vers une surveillance continue avant la sortie du secteur de soins critiques (38% des séjours sortant vivants de réanimation ne transitent pas par une surveillance continue).

L'optimisation du transfert des patients de réanimation vers des unités de surveillance continue plus proches de leur domicile lors de l'amélioration clinique est encore sous utilisée en région, et sera possible avec des projets de soins critiques de territoire.

2.2 Développer des services de rééducation plus précoce en milieu réanimatoire

Le développement de la prise en charge de la rééducation précoce intensive en réanimation et la mesure de son efficacité seront recherchés, en créant des liens entre rééducation fonctionnelle et réanimation : équipes mobiles mixtes, unités de rééducation post réanimation appelées SRPR existant déjà dans d'autres régions. Cela suppose d'étudier en détail les parcours, le devenir et la qualité de vie des patients post réanimation.

Il manque des places en SSR spécialisés pour les patients qui gardent de lourdes séquelles après réanimation, qu'elles soient respiratoires (patients gardant une ventilation, pour lesquels seules trois unités de SSR ventilent sur la région) et neurologiques, unités d'éveil et unités EVC EPR (les unités EVC EPR ont un nombre de lits de inférieur aux normes préconisées par la circulaire Kouchner de 2004). Une troisième catégorie de patients chronicisés post réanimation est en train d'émerger : il s'agit des patients présentant un déconditionnement physique sévère pluri factoriel post réanimation, dont l'état est trop lourd pour des services classiques (médecine ou chirurgie et a fortiori de SSR) mais qui ne peuvent pas sortir de réanimation bien que n'ayant plus de défaillance vitale aigue. Ces trois catégories de patients appelés «bed blockers» restent en réanimation par manque de structure intensive d'aval, occupent des lits, et ne bénéficient en même temps pas d'une prise en charge adaptée centrée sur la rééducation en contexte de soins intensifs. Leur nombre devrait doubler dans les dix prochaines années selon la littérature.

Créer de nouvelles unités de surveillance continue dites SRPR spécialisées en rééducation fonctionnelle, pour les patients ayant un projet thérapeutique.

Il serait fortement souhaitable de créer 3 à 4 unités de 12 lits de SRPR, sur les gros bassins de population, pour absorber la prévalence estimée de 10% de patients bed blockers en réanimation. Une unité pilote doit voir le jour en 2018, une évaluation de ses résultats permettra d'ajuster et d'étendre l'expérimentation sur la durée du PRS, et plus généralement de développer des collaborations renforcées entre équipes de rééducation fonctionnelle et de réanimation

- Clarifier et homogénéiser sur la région, les besoins, l'offre et les conditions d'accès aux unités de SSR spécialisées : unités d'éveil, unités SSR de ventilation chronique, unités de patients neuro végétatifs EVC EPR.

Pour ce faire une commission réunissant réanimateurs, rééducateurs fonctionnels spécialisés et médecins d'unités médico-sociales spécialisées (essentiellement MAS), et représentant des tutelles (ARS, MDPH) pourra établir des guidelines.

- Encourager des travaux et projets communs entre réanimateurs et rééducateurs fonctionnels.

OBJECTIF 3 : Fluidifier le parcours en soins critiques, pour anticiper l'explosion de la demande, en y intégrant les surveillances continues comme partenaires à part entière des réanimations.

- Sanctuariser le nombre de lits de réanimation sur la région en les concentrant et en favorisant les regroupements sur les plateaux techniques de recours qui sont engorgés. Concentrer les lits de réanimation sur les plateaux techniques (de recours et polyvalents) en s'orientant vers des unités de soins critiques (réanimation et surveillance continue) d'au moins 20 lits.
- Favoriser la fluidité des parcours montants et descendants entre les réanimations des plateaux techniques de recours, des plateaux techniques polyvalents et des surveillances continues pour harmoniser les taux d'occupations entre unités de recours et unités polyvalentes.

Cette fluidification est nécessaire pour éviter l'engorgement des unités des plateaux de recours et la perte de chance pour les malades ayant besoin de ce plateau en urgence, tout en redonnant leur juste place aux surveillances continues.

- Anticiper les périodes de tensions et prendre en compte la variation des besoins (modularité des SC).

Dans les nouvelles unités créés ou rénovées, les chambres de SC seront équipées dans la mesure du possible selon les recommandations professionnelles de réanimation afin de pouvoir les transformer transitoirement en lits de réanimation si besoin en ajustant le personnel. Cet aménagement permettrait avec une facturation pouvant s'adapter, de faire face aux épisodes hivernaux de tension en augmentant transitoirement et souplement les capacités de réanimation (adaptation de la taille des unités en temps réel)

- Créer des collaborations étroites entre unités de soins critiques des établissements de santé d'un même territoire, avec des projets médicaux de territoire de soins critiques.

Ces projets permettront de formaliser des collaborations efficaces entre activités de surveillance continue et de réanimation entre établissements d'un même territoire et entre établissements de recours spécialisés et établissements disposant d'un service de soins critiques. Ces projets pourront être plus larges que les projets médicaux partagés de GHT, en particulier afin de rompre l'isolement de certaines unités de surveillance continue isolée.

OBJECTIF 4 : Harmoniser les conditions de fonctionnement des unités de soins critiques.

L'ARS contractualisera avec les établissements sur les missions de chaque unité de soins critiques, à partir d'un projet médical propre, adapté aux besoins de l'établissement, et s'intégrant aussi dans le projet de territoire de soins critiques. Les capacités des unités de surveillance continue isolées de petite taille seront redéployées. Pour les unités de surveillance continue isolées de grande taille, la redéfinition des besoins nécessaires s'appuiera sur la nécessité de garantir la pertinence des séjours. La contractualisation avec l'ARS inclura les règles de fonctionnement assurant une qualité des soins minimale.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Amélioration de la pertinence de l'adressage en soins critiques : adresser le bon patient au bon plateau
- Systématisation des directives anticipées graduées des patients vis-à-vis de réanimation active, dans les ES et les établissements médico sociaux.
- Généralisation de l'utilisation de la télémédecine pour des demandes d'avis/ de transfert montant ou descendant.
- Amélioration de la récupération fonctionnelle et qualité de vie des patients en post réanimation.
- Clarification et homogénéisation des conditions d'accès aux unités de SSR spécialisées post réa en particulier neurologiques et respiratoires.
- Création des filières en soins critiques opérationnelles.
- Diminution des variations de pratiques infrarégionales.
- Concentration des moyens sur les plateaux lourds.
- Fluidité des passages entre réanimations et unité de surveillance continue, avec des plateaux gradués.
- Augmentation des collaborations entre équipes.

3.4.11 IMAGERIE EN COUPE

L'imagerie en coupe est une partie essentielle de l'imagerie médicale étroitement liée à l'ensemble des autres techniques d'imagerie comme la radiologie standard, l'échographie, la radiologie interventionnelle... La notion de plateau d'imagerie est donc essentielle. L'imagerie médicale est au service de la meilleure prise en charge des patients. La demande d'examen d'imagerie d'un médecin est transformée en prescription par le radiologue après analyse de la demande et au vu en particulier du Guide de bon usage des examens d'imagerie de la Société française de radiologie et société Française de médecine nucléaire. L'imagerie en coupe (scanner et IRM) occupe, dans ce contexte, une place de premier plan dans le diagnostic et la surveillance des maladies. Elle est également devenue un élément incontournable des techniques thérapeutiques.

Les principales conclusions du rapport « innovation et système de santé » du HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie) du 28 janvier 2016 mettent en évidence le rôle central des équipements d'imagerie dans les prises en charge de nombreuses pathologies qui devrait s'accroître avec un élargissement prévisible des indications où leur usage sera requis notamment du fait de l'élargissement de leur usage au-delà des fonctions diagnostiques vers des fonctions curatives (en particulier utilisation dans un cadre interventionnel). Cette évolution devrait avoir des conséquences importantes sur l'efficacité des traitements mais également sur l'organisation des prises en charge et sur les métiers des professionnels de santé.

Toujours selon le HCAAM, la réponse actuelle du système de soins aux besoins de la population en imagerie ne semble pas satisfaisante. Ces besoins, déjà importants, augmentent en raison de l'élargissement des indications médicales (en plein développement s'agissant de l'IRM) et de la plus grande intégration de l'imagerie dans l'offre globale de

soins. Au final, le niveau de service ne permet pas d'atteindre les objectifs satisfaisants en matière de délais d'attente pour les pathologies les plus graves ou nécessitant les examens les plus complexes et longs.

Ce volet du Schéma régional de santé se situe également dans la continuité du PRS - SROS précédent. Si les orientations du volet imagerie de ce dernier ont permis des améliorations importantes dans la réponse aux besoins de la population autour de plateaux techniques regroupés, diversifiés et adaptés, ces orientations nécessitent encore d'être confortées.

Ce nouveau schéma réaffirme ces principes et en particulier l'installation des nouveaux équipements sur des plateaux d'imagerie complets associant TDM, IRM avec une équipe radiologique en capacité de réaliser les examens les plus pertinents pour les patients pouvant aller jusqu'à la substitution de l'examen demandé. Il poursuit la nécessaire démarche d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des inégalités, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans un souci d'efficacité et de performance.

Il s'inscrit dans les plans de santé publique : plan cancer, plan AVC, plan Alzheimer.

Il abordera également l'organisation de la radiologie interventionnelle et en particulier la radiologie interventionnelle avancée dépassant en cela la seule imagerie en coupe.

La qualité des soins est également un des axes majeurs. Elle passe par l'application du Guide de Bon Usage auprès de tous les demandeurs d'examen d'imagerie. Elle doit aussi bien sûr prendre en compte l'état de l'art actuel de la radiologie et son évolution.

L'offre de soins radiologique se conçoit avec une organisation 24/24, 7/7 accessible sur l'ensemble du territoire, au titre de la permanence des soins en établissement de santé (PDES régionale) ou de la continuité des soins.

Evolutions techniques

Scanners

La préoccupation reste centrée sur l'imagerie la plus adaptée à la prise en charge du patient prenant en compte la dose d'irradiation la plus faible. Dans un rapport de 2016, l'Autorité de sûreté nucléaire souligne toutefois la nécessité de parvenir à une meilleure maîtrise des doses de rayonnements délivrées aux patients, tout en préservant les bénéfices sur le plan médical de cette technique d'imagerie. Les progrès technologiques (5 vitesses d'acquisition, traitement d'image, acquisition spectrale^o), qui permettent de diminuer de façon significative la dose d'irradiation, doivent être diffusés largement dans les territoires à l'occasion du PRS 2.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

D'un point de vue technique, les avancées essentielles sont :

- l'IRM multiparamétrique ;
- des séquences d'acquisition plus rapides ;
- la possibilité de faire de l'angiographie de certains territoires sans produit de contraste ;
- des protocoles de reconstructions d'images standardisés réalisés dès l'acquisition ; l'amélioration des antennes, leur numérisations et de leur rapport signal/bruit ;
- des logiciels d'aide à la décision.

IRM très haut champ :

Compte tenu du très fort potentiel de l'IRM, les constructeurs concentrent leurs efforts sur les innovations technologiques en IRM 3 Teslas [1] (T) pour des applications avancées en cancérologie, en imagerie vasculaire et cardiaque, en imagerie neurologique fonctionnelle ainsi qu'interventionnelle. A l'échelle européenne une machine sur 5 concerne du 3 T. Les recherches et développements en cours portent notamment sur les applications cliniques d'appareils 7 T (visualisation des faisceaux de neurones, différenciation plus fine de la substance blanche et grise...). La commercialisation d'aimant 7T au point de vue clinique sera certainement effective avant la fin du PRS 2 et des implantations doivent déjà être envisagées.

Bilan de l'existant de l'imagerie en coupe en région Paca

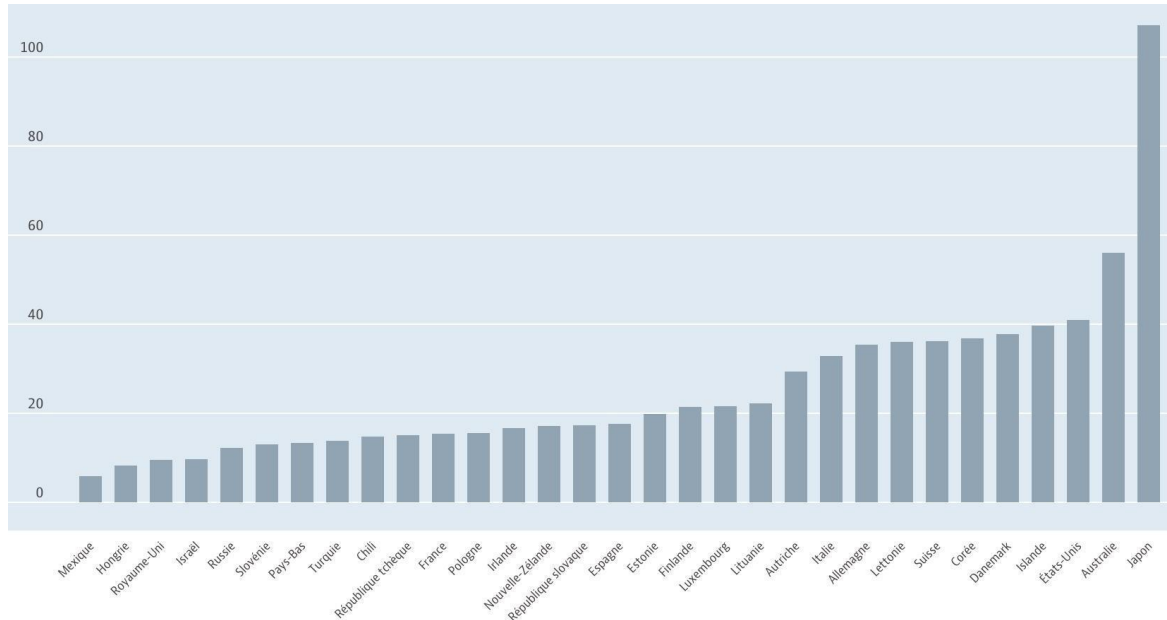
IMPLANTATIONS DES SCANNERS

Territoire	Nb sites prévus au SROS	Nb sites autorisés	Nb appareils prévus au SROS	Nb d'appareils autorisés	Nb équipements/1 M d'habitants	Nb moyen d'actes par appareil (source SNDS)
Alpes-de-Haute-Provence	3	4*	4	4	24,8	7 808
Hautes-Alpes	3	3	3	3	21,4	6 571
Alpes-Maritimes	14	15*	20	20	18,5	10 777
Bouches-du-Rhône	26	27*	37	37	18,4	11 969
Var	16	16	17	17	16,4	10 626
Vaucluse	9	9	10	10	18,0	9 982
Total Paca	71	74	91	91	18,3	10 877

*2 entités juridiques sur le même site géographique

Ce qui, par rapport à 2011, représente une évolution de 16% du nombre de scanners autorisés dans la région. En moyenne sur la région près de 11 000 actes sont réalisés par équipement installé et par an. Les écarts d'activité sont par ailleurs importants, ils varient de 5 200 à plus de 20 000 actes par an et par EML.

A titre indicatif le taux d'équipement en scanners dans les autres pays est le suivant :



SOURCE OCDE 2015

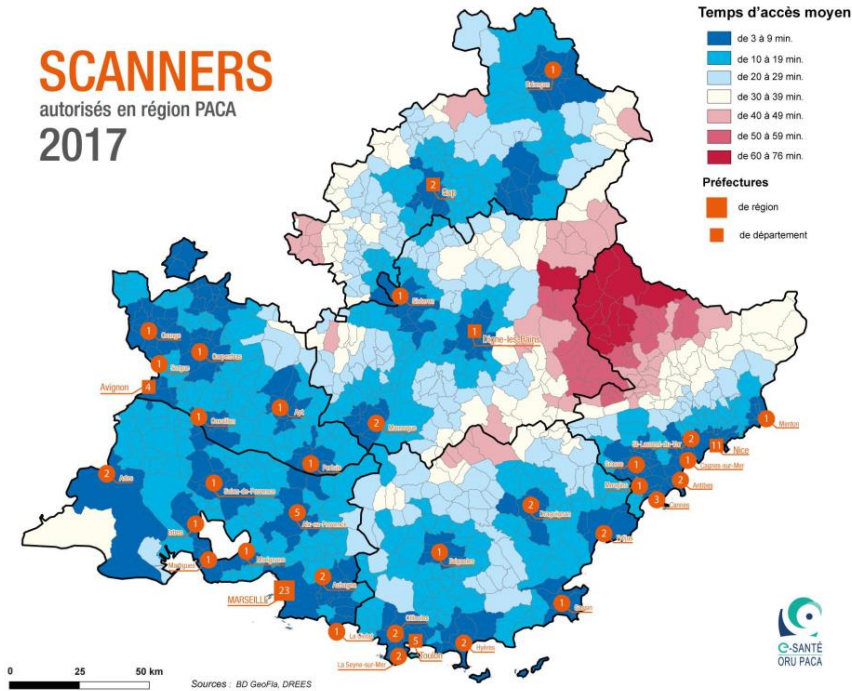
Parmi les principaux pays que l'on compare traditionnellement à la France au niveau international (niveau de vie, de développement économique, effort de recherche etc.), il n'y a que le Royaume Uni et les Pays-Bas qui ont des taux d'équipement inférieurs aux taux de la France.

Le taux de recours français (par habitant) apparaît à l'opposé très élevé, puisque parmi les pays comparables, il n'y a que le Japon et les USA pour lesquels on mesure une valeur supérieure.

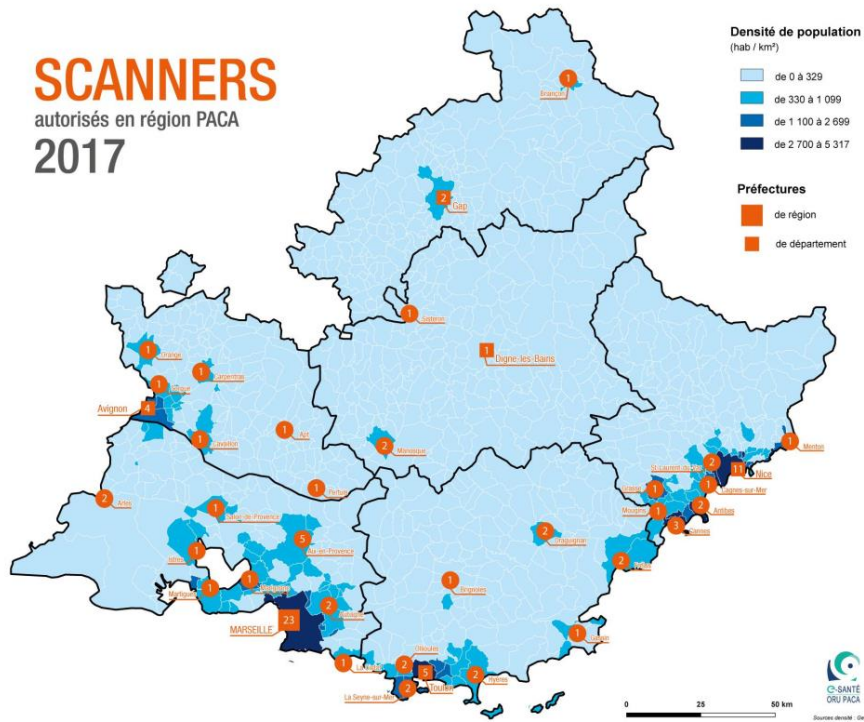
La production (apparente) par équipement installé est donc très élevée en France puisqu'il est de l'ordre de 10 000 actes par équipement.

TEMPS D'ACCÈS AUX SCANNERS EN REGION PACA

Les temps d'accès sont les plus longs dans le nord des Alpes-Maritimes et l'est des Alpes-de-Haute-Provence.



NOMBRE DE SCANNERS AUTORISÉS / DENSITÉ DE POPULATION



IMPLANTATIONS DES IRM

	Nb sites prévus au SROS	Nb sites autorisés	Nb appareils prévus au SROS	Nb d'appareils autorisés	Nb équipements /1 M d'habitants	Nb moyen d'actes par appareil (source SNDS)
Alpes-de-Haute-Provence	2	2	2	2	12,4	6547
Hautes-Alpes	1+1*	2	1*+2	2	21,4	6229
Alpes-Maritimes	1*+11	12	1*+16	16	15,7	8748
Bouches-du-Rhône	22	23**	34	34	16,9	6947
Var	12	12	13	13	12,5	8629
Vaucluse	6	5	7	7	12,6	8773
Total Paca	56	56	76	74	15,2	7774

* besoins exceptionnels de santé publique 2017

** 2 entités juridiques sur le même site géographique

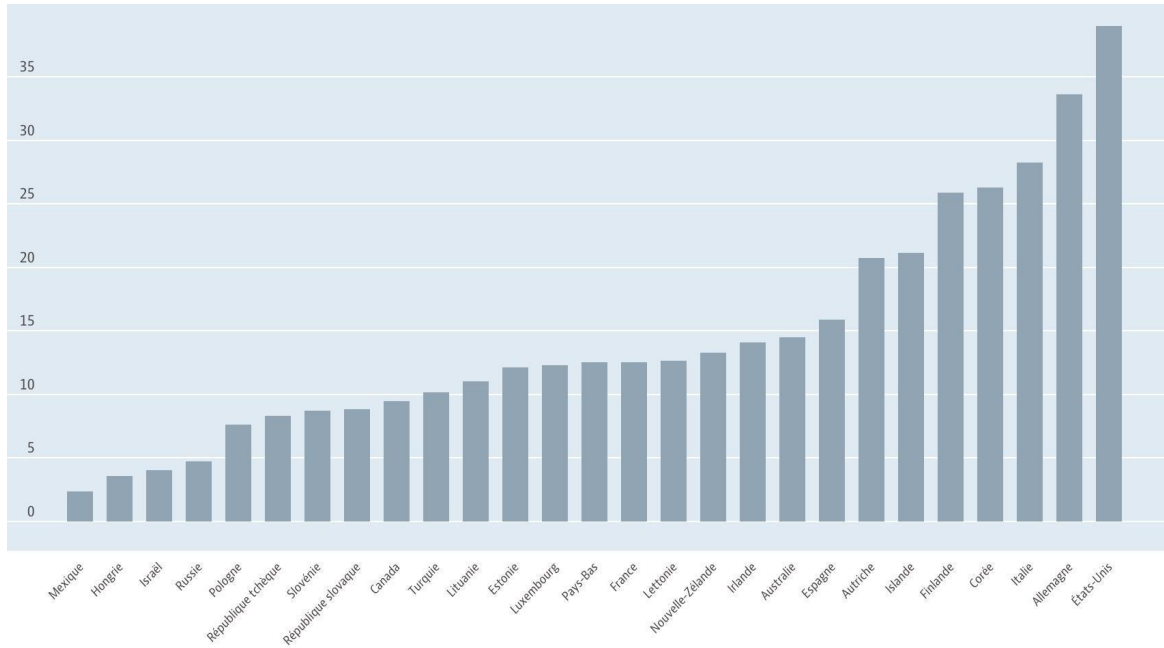
Rapporté au 49 IRM autorisées en 2011, le taux d'accroissement avoisine les 45 %. En moyenne sur la région près de 8 000 actes sont réalisés par équipement installé et par an. Les écarts d'activité sont tout aussi importants que pour les scanners, ils varient de 4 200 à plus de 16 000 actes par an et par EML.

Taux d'équipement IRM et Scanners pour 1 000 000 d'habitants

Pour les départements des Bouches-du-Rhône et des Alpes-Maritimes, les écarts des taux d'équipements d'IRM s'expliquent en partie par la présence sur leur territoire d'établissements de référence (CHU et CLCC). Les écarts des taux d'équipement des scanners pour les départements des Hautes Alpes et des Alpes de Haute Provence s'expliquent par la faible densité de population.

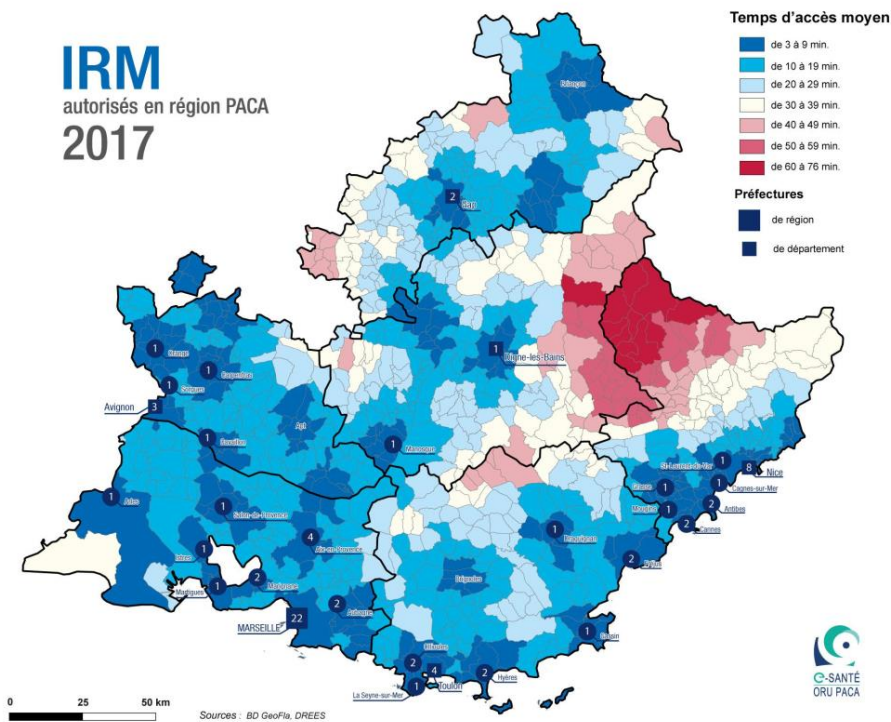
Comme pour les scanners, parmi les principaux pays que l'on compare traditionnellement à la France au niveau international (niveau de vie, de développement économique, effort de recherche etc.), il n'y a que les Pays-Bas et le Canada qui ont des taux d'équipement inférieurs aux taux de la France.

A titre indicatif le taux d'équipement en IRM dans les autres pays est le suivant :



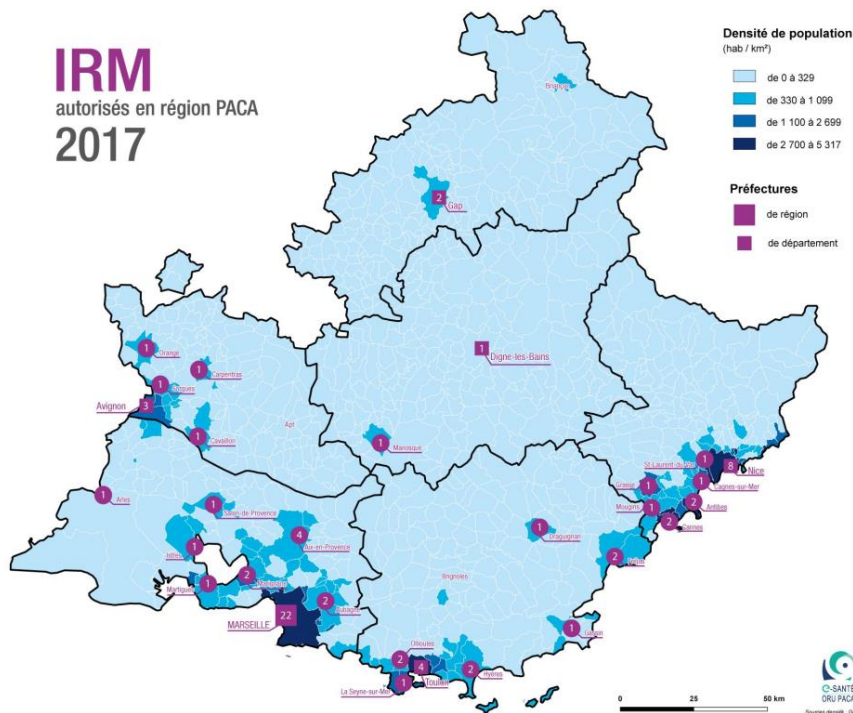
SOURCE OCDE 2015

TEMPS D'ACCÈS AUX IRM EN RÉGION PACA



NOMBRE D'IRM AUTORISÉS / DENSITÉ DE POPULATION

IRM
autorisés en région PACA
2017



Démographie des radiologues

Aspects quantitatifs

Entre 1999 et 2016, le nombre de spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale actifs a augmenté de 13% en Paca, contre 20% pour la moyenne nationale (820 actifs).

Avec 16,4 médecins pour 100.000 habitants, la densité actuelle est supérieure de 23% à celle que l'on mesure France métropolitaine : ce résultat est conforme à ce que l'on observe pour l'ensemble de spécialités les plus courantes.

Les libéraux sont plus fortement implantés en Paca (86%) qu'en moyenne au niveau national (74%) ce qui est à nouveau conforme aux tendances observées pour l'ensemble des spécialistes. Leur activité est conforme à la moyenne nationale observée.

33% des radiologues ont 60 ans et plus en Paca et 50% sont âgés de plus de 55 ans ce qui est légèrement supérieur à la norme nationale (28% et 47%)

Avec une valeur de 57%, la proportion de femmes installées de moins de 40 ans est plus élevée qu'en France métropolitaine.

La région Paca : une région toujours attractive

Parmi les 8736 spécialistes installés en France Métropolitaine, 9% ont une activité recensée en Paca alors que la région n'a formé que 6% du total des inscrits : ceci confirme la forte attractivité (historique) de la région, également observée pour toutes les autres spécialités. 47% des inscrits actifs actuellement en Paca ont été formés hors Paca.

Les premières projections d'effectifs indiquent une diminution des inscrits à horizon 2027. Ces chiffres sont incertains car ils reposent entre autres sur une hypothèse de stabilité de l'attractivité régionale

pour les années à venir. A noter que la densité de manipulateurs ERM actuellement installés en Paca est également élevée (+25% par rapport à la moyenne métropolitaine).

Aspects qualitatifs

Pour cette spécialité comme pour la plupart des spécialités, les disparités d'installation sont importantes d'un département à l'autre (densités particulièrement faibles dans les Alpes de Haute Provence). Ainsi, les Alpes-Maritimes ont une densité supérieure de près de 3 points par rapport aux Bouches-du-Rhône.

Au final, cette première analyse exclusivement fondée des données institutionnelles (répertoires RPPS et sources internes à l'agence) dresse le tableau d'une région attractive, plutôt bien pourvue en radiologues. Cependant on observe un fléchissement des effectifs en 2023 qui semble s'accroître en 2027.

Parallèlement la profession de manipulateur radio qui peut logiquement intervenir dans l'organisation de cette activité est une profession dont les effectifs croissent (+ 22% sur les 5 dernières années) avec des densités en Paca supérieure à la moyenne nationale.

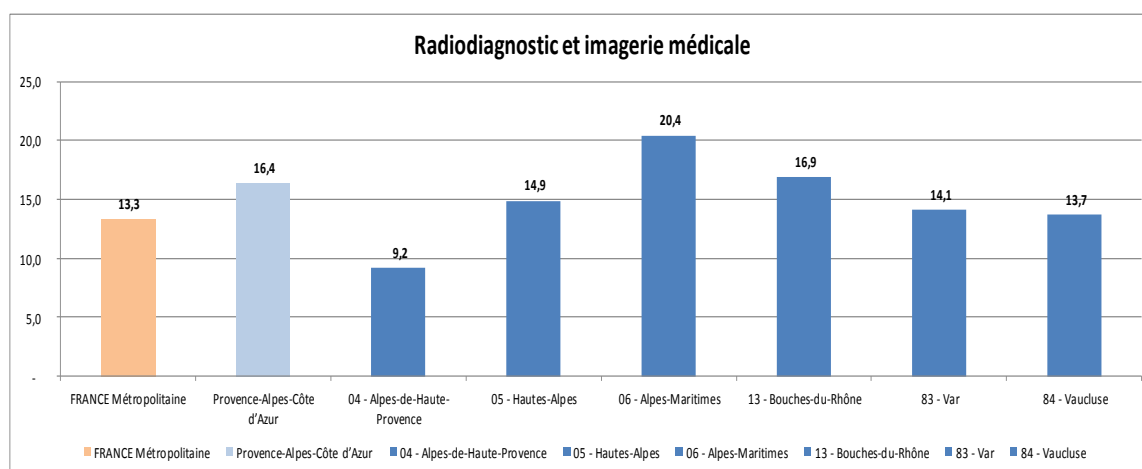
	Chiffres clés			
	Radiodiagnostic et imagerie médicale			
	Paca		France	
Dénombrement - évolution - densités	2017	Evolution entre 1999 et 2016	2017	Evolution entre 1999 et 2016
Dénombrement - évolution				
Radiologie - Imagerie	820	13 %	8 736	20 %
Ensemble des médecins	20 131	9 %	216 762	10 %
Densités pour 100 000 habitants	16,4		13,3	
Différentiel Paca /France	23 %			
Pyramide des âges				
Part des 60 ans et plus	33 %		28 %	
Part des 55 ans et plus	50 %		47 %	
Part des femmes	34 %		34 %	
Part des moins de 40 ans	17 %		20 %	
Part des femmes chez les moins de 40 ans	57 %		48 %	
Statut				
Part des libéraux				
Radiologie - Imagerie	86 %		74 %	
Ensemble des spécialistes	62 %		51 %	
Activité moyenne des libéraux (**)				

Ensemble des actes (consultations et CCAM)	12 798	12 820
Attractivité régionale		
% des médecins actifs (France entière) inscrits en Paca	9 %	
% des médecins actifs (France entière) formés en Paca	6 %	
Part des médecins inscrits en Paca formés hors Paca	47 %	
Part des médecins inscrits en Paca formés à l'étranger	10 %	
Part des médecins formés en Paca inscrits en Paca	80 %	
Projections Paca uniquement : horizons 2023 et 2027		
	2023	2027
Effectifs formés en Paca	69	136
Effectifs projetés	673	645
Evolution des effectifs (base 100 - année 2017)	80	77

(**) Actifs part entière : moins de 65 ans – non installés dans l'année – ayant au moins un euro d'honoraires

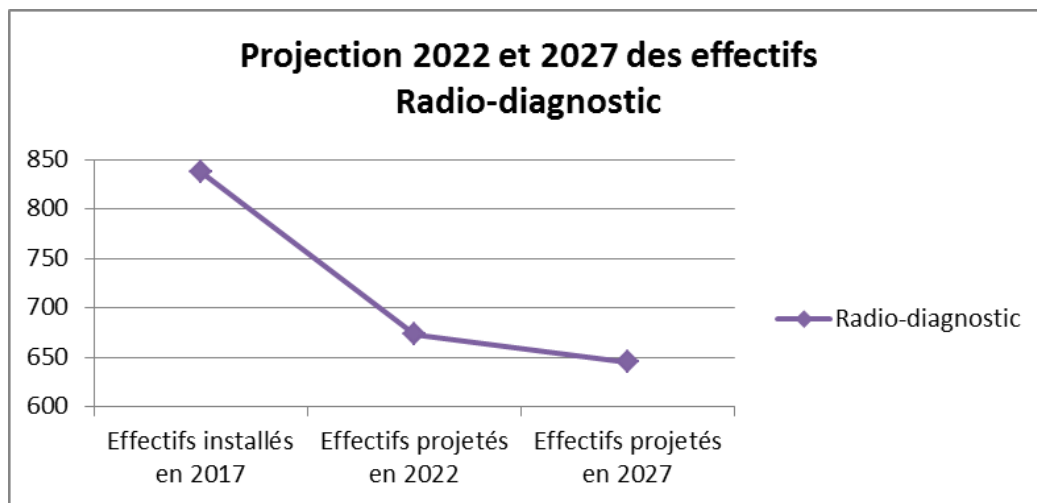
Source : RPPS 2017 – ADELI 1999/2011 – ARS PACA / SNIR PS 2014 / Service RH en santé 2017

SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE ET EN IMAGERIE MÉDICALE - DENSITÉS DÉPARTEMENTALES POUR 100.000 HABITANTS SOURCE : RPPS 2017



Dans les Alpes-Maritimes, la densité de radiologues est particulièrement élevée par rapport aux autres départements de la région.

PROJECTION DES EFFECTIFS



OBJECTIFS

Les différents schémas ont permis une augmentation du taux d'équipement aussi bien en scanner qu'en IRM. Cette augmentation sera poursuivie notamment dans le cadre :

- des plans de santé publique ;
- et de la pertinence des actes.

La recherche continue d'une amélioration de l'équité des patients dans l'accès à l'imagerie lourde dans les territoires reste une priorité. Elle s'appuie néanmoins sur la démographie des professionnels de santé.

OBJECTIF 1 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins – la pertinence des actes.

OBJECTIF 2 : Favoriser prioritairement l'accès à l'imagerie des patients relevant d'un des axes de santé publique majeurs.

OBJECTIF 3 : Assurer la permanence et la continuité des soins.

OBJECTIF 4 : Développer et encadrer la télé radiologie et la téléexpertise.

OBJECTIF 5 : Définir les principes d'organisation et améliorer l'accès à la radiologie interventionnelle conformément aux recommandations de la Fédération de Radiologie Interventionnelle (FRI).

OBJECTIF 1 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins – la pertinence des actes

- Proposer l'acte d'imagerie le plus pertinent aux patients, en se conformant notamment au Guide du bon usage des examens d'imagerie et s'assurer que l'acte d'imagerie exposant le patient à de rayonnements ionisants présente un «avantage médical direct suffisant au regard du risque».

Dans cet objectif, améliorer l'accès à l'IRM en complément ou substitution d'autres modalités car les indications de l'Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire sont en augmentation constante.

- Mieux utiliser le guide de bon usage des examens d'imagerie.

Cette action s'intègre dans le cadre du plan national de gestion du risque (GDR). Elle a pour objectif de contribuer à supprimer des actes non indiqués et redondants en encourageant l'acte le plus efficient en première intention pour dégager des marges de manœuvre et limiter la surexposition aux radiations. Elle passe par la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie et des recommandations de la HAS auprès des demandeurs d'examens d'imagerie.

OBJECTIF 2 : Favoriser prioritairement l'accès à l'imagerie des patients relevant d'un des axes de santé publique majeurs qui souffrent d'un déficit d'accès reconnu notamment à l'IRM (Cancérologie, neurovasculaire, pédiatrie) en cohérence avec les priorités décrites dans le livre blanc d'imagerie. Cette priorisation s'appuiera sur des critères objectifs d'activité effective dans ces domaines.

- **Cancérologie**

Les nouveaux appareils d'IRM seront implantés en veillant à :

- une répartition territoriale équitable en termes d'accès aux soins pour le diagnostic et le suivi radiologique des cancers ;
- une amélioration des délais d'attente pour les patients ambulatoires ;
- une identification territoriale de plages dédiées à la cancérologie ;
- la participation active des radiologues aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

- **Neurovasculaire**

- Assurer l'accès direct à l'IRM 24h/24 pour la prise en charge des AVC sur les sites d'urgence à forte activité, et de manière impérative sur les sites sièges d'unité neurovasculaire.
- Développer la télé expertise.

(cf. <https://www.oruPaca.fr/publications/les-bonnes-pratiques-fondamentales/les-filieres-avc/>)

- **Pédiatrie**

L'accessibilité insuffisante à l'IRM pour les enfants rend difficile l'application des objectifs réglementaires de substitution permettant de réduire l'exposition des patients aux rayonnements ionisants.

L'objectif est de mettre une organisation territoriale satisfaisante pour l'imagerie pédiatrique nécessitant de :

- organiser une gradation de l'offre de soins en réseau, en distinguant une offre de proximité soutenue par des pôles de référence et prenant en compte les difficultés techniques particulières pour les enfants de moins de 6 ans nécessitant une éventuelle sédation ;
- structurer une permanence des soins spécifique de radio pédiatrie ;
- privilégier les projets de demandes d'autorisation d'EML qui ont une activité pédiatrique clairement identifiée.

OBJECTIF 3 : Assurer la permanence et la continuité des soins

- Favoriser les accords locaux dans le cadre de coopération publics/privés : dans les établissements autorisés pour l'activité d'accueil des urgences, la permanence des soins en imagerie doit être assurée par l'ensemble des radiologues utilisant un équipement autorisé au

prorata temporis de l'accès à cet équipement. Dans un souci d'efficience, il est souhaitable que cette permanence porte sur toute l'imagerie.

- Formaliser l'organisation de la gestion des urgences pendant les horaires d'ouverture. Si l'équipement fonctionne en co-utilisation, ces principes seront précisés dans le règlement intérieur.
- Formaliser dans chaque territoire, la permanence des soins dans le cahier des charges de la PDSES qui doit être déclarée dans le répertoire opérationnel des ressources,
- Prévoir une solution de télé radiologie pour les acteurs locaux afin de diminuer la pénibilité.

En cas de difficultés d'organisation territoriale de la PDSES, une médiation pourra être effectuée par le G4 régional.

OBJECTIF 4 : Développer et encadrer la télé radiologie et la téléexpertise au niveau régional notamment aux horaires de permanence des soins pour adapter l'offre de soins aux contraintes

La télé radiologie contribue au maintien d'une offre de premier recours en apportant une alternative à la gestion de la permanence des soins. Elle est une réponse en termes de conditions d'accès mais également en termes d'égalité d'accès en permettant à des services d'urgence de bénéficier d'un avis spécialisé.

Elle permet d'optimiser les ressources médicales qui peuvent être limitées ou inégalement réparties dans certains territoires.

- **Assurer le développement du télédiagnostic** qui contribue à pallier les difficultés liées à la démographie des radiologues publics et ce dans le respect des 7 principes figurant dans les bonnes pratiques fondamentales «Imagerie et urgences» ainsi que dans le respect strict de la charte de télé radiologie.
 - **1er principe** : appliquer la charte de téléradiologie du Conseil Professionnel de la Radiologie et du Conseil National de l'Ordre des Médecins :
 - ✓ permettre au médecin en contact avec le patient d'accéder à une médecine radiologique ;
 - ✓ mettre en réseau des cliniciens et des radiologues dans une logique territoriale partagée ;
 - ✓ la télé radiologie est une pratique complémentaire à l'exercice habituel du radiologue.
 - **2ème principe** : assurer la demande croissante d'examens par les services d'urgence notamment aux horaires de la permanence des soins, diminuer la pénibilité de la garde de radiologie et assurer la pérennité du fonctionnement habituel du service d'imagerie.
 - **3ème principe** : pour une garde de télé radiologie multi sites, le radiologue est de garde sur place, dans son établissement d'origine.
 - **4ème principe** : privilégier un partenariat entre établissements pour la mise en place d'une télé radiologie régionale. Ce sont les établissements qui décident de leur participation ou non à une télé radiologie.
 - **5ème principe** : organiser la PDSES sur la base d'un volume d'activité dont le nombre d'examens de nuit avoisine les 10/12 scanners correspondant à une activité d'urgences de 100 000 admissions/an
 - **6ème principe** : le partage des tâches est envisageable selon les choix d'équipes dans chaque organisation: Horaire, Typologie d'examen
 - **7ème principe** : maintenir une astreinte de sécurité pour les échographies d'urgence et les éventuelles défaillances techniques.

➤ Développer la télé-expertise

La télé-expertise consiste en l'envoi des données produites par une structure disposant d'un radiologue sur place, vers un radiologue ayant un niveau d'expertise supérieur. Le télé-radiologue expert doit pouvoir avoir accès non seulement à l'examen radiologique pour lequel il est sollicité, mais à l'antériorité des examens, à l'ensemble du dossier médical du patient y compris les résultats des examens cliniques et biologiques.

Le développement de cette modalité est essentiel dans certaines spécialités, notamment dans la prise en charge de l'AVC. Les recommandations restent les mêmes que pour l'usage de la télé radiologie et respectent des procédures écrites contractuelles.

OBJECTIF 5 : Définir les principes d'organisation et améliorer l'accès à la radiologie interventionnelle conformément aux recommandations de la Fédération de radiologie interventionnelle (FRI)

Dans l'attente de l'évolution annoncée de la réglementation qui entraînera une révision du présent volet, élaborer des principes généraux pour l'imagerie interventionnelle :

- la radiologie interventionnelle s'inspire de recommandations techniques de fonctionnement particulières essentiellement élaborées par les sociétés savantes (Fédération de Radiologie Interventionnelle) ;
 - pour être identifiées au niveau régional, les activités de radiologie interventionnelle avancée périphérique (hors activités soumises à autorisation) feront l'objet d'une contractualisation «RI Avancée» avec l'ARS. Pour cela, le projet proposé doit s'intégrer dans une organisation territoriale concertée, faisant appel à des professionnels spécialisés, qui garantissent la permanence des soins que requiert ce type d'activité ;
 - le schéma doit prendre en compte le pourcentage d'activité de RI avancée ou générale pour les autorisations supplémentaires de scanners et IRM.
- Principes d'organisation des plateaux techniques.

Ils concernent deux catégories d'activité de radiologie interventionnelle :

- ✓ la radiologie interventionnelle générale, accessible à tous les plateaux techniques équipés et à tous les radiologues diplômés quelle que soit la structure dans laquelle ils travaillent. Cette activité doit répondre aux recommandations de bonnes pratiques mais ne nécessite pas un niveau d'organisation particulier ;
- ✓ la radiologie interventionnelle avancée, qui ne peut être réalisée que dans des centres spécialisés (Personnel spécialisé, permanence des soins garantie, ...).

Elles requièrent pour leur réalisation des niveaux d'environnement adaptés à la complexité et au niveau de risque du geste ainsi qu'au type de patient pris en charge.

Tout centre pratiquant ces actes doit répondre aux recommandations suivantes.

- ✓ Plateau technique d'imagerie diversifié avec scanner et éventuellement IRM.
- ✓ Médecins formés et ayant la pratique régulière de ce type d'actes. Les radiologues pratiquant les techniques d'embolisation participent à la PDS sur le centre ou si le centre n'assure pas de PDS sur le centre territorial de référence.
- ✓ Personnel para médical formé.
- ✓ Présence d'un anesthésiste si nécessaire et SSPI.
- ✓ Plateau technique d'imagerie répondant aux recommandations des sociétés savantes et à la réglementation sur la sécurité anesthésique.
- ✓ Accessibilité au secteur de réanimation (sur place ou par convention).

Dans l'attente de l'évolution de la réglementation, pour être identifiées au niveau régional, les activités de radiologie interventionnelle avancées périphériques (hors activités soumises à autorisation) font l'objet d'une contractualisation «RI Avancée» avec l'ARS. Pour cela, le projet proposé doit s'intégrer dans une organisation territoriale concertée, faisant appel à des professionnels spécialisés, qui garantissent la permanence des soins que requiert ce type d'activité.

Le schéma doit prendre en compte le pourcentage d'activité de radiologie interventionnelle avancée ou générale pour les autorisations supplémentaires de scanners et IRM.

Principes généraux pour déterminer les objectifs quantifiés

Les activités médico techniques partagent de plus en plus de problématiques communes nécessitant une interdisciplinarité. Il devient pertinent de :

- **favoriser la mutualisation des équipes radiologiques et des plateaux techniques d'imagerie** : ce principe de mutualisation répond aux recommandations du G4 (conseil professionnel de la radiologie française) sur le projet professionnel commun des radiologues, qui encourage une offre de soins en imagerie, coordonnée et structurée dans un territoire de santé (maillage territorial)
- **organiser des plateaux techniques d'équipements lourds avec pour objectif prioritaire le regroupement d'équipements d'imagerie en coupe au sein de plateaux multi techniques** favorisant la coopération des équipes de radiologie et de médecine nucléaire, la complémentarité des techniques et des moyens humains ainsi que les pratiques de substitution. A ce titre le regroupement sur un même plateau technique de scanner et d'IRM doit être privilégié du fait de la complémentarité entre ces deux techniques d'imagerie en coupe.

Ces principes conduisent à privilégier les nouvelles implantations dans des structures déjà pourvues d'équipements lourds et adossés à des secteurs d'hospitalisation.

Pour une bonne organisation de la répartition des EML sur les territoires, il est nécessaire de prendre en compte, dans les critères d'attribution, la qualité du projet médical sur un établissement ou un site et celle de l'organisation de la permanence des soins. Le projet médical devra concerner l'ensemble des entités juridiques qui portent les autorisations déjà autorisées sur le site.

A ce titre les coopérations publiques-privées équilibrées en termes de montage juridique motivant pour les partenaires (GIE, GCS...) sont à privilégier.

Les nouvelles autorisations devront également prendre en compte la démographie médicale. La possibilité de nouvelles localisations d'équipements lourds dans des zones à faible densité de population ne pourra se faire qu'au regard des ressources humaines dans la zone considérée. Par ailleurs l'effectif médical doit être suffisant pour faire fonctionner l'équipement au regard de l'activité prévisionnelle.

- **Scanners : critères d'implantation**
- Dans les établissements de proximité : un premier scanner peut être autorisé, en plus de la radiologie conventionnelle et de l'échographie générale, prioritairement dans les établissements :
 - ✓ (soit) accueillant plus de 15 000 passages par an au service des urgences avec un taux d'hospitalisation supérieur à 15% ;
 - ✓ (soit) réalisant une activité de court séjour significative (médecine et chirurgie hors spécialité ne nécessitant pas d'exploration par scanner de manière habituelle), supérieure à 10 000 séjours par an ;
 - ✓ (soit) réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil.

- Pour un scanner supplémentaire, seront prioritaires les structures déjà dotées d'un plateau d'imagerie complet (disposant de scanner et IRM) et réalisant une activité de court séjour significative :
 - ✓ présentant une situation de saturation : volume et complexité des examens de scanner + « maturité organisationnelle du service » (traduite notamment par le nombre suffisant de radiologues + amplitudes diurnes suffisantes, ouverture du samedi matin) ;
 - ✓ pour répondre aux besoins de cancérologie, et/ou de neurologie et/ou de cardiologie, et/ou d'orthopédie ; de coloscanner et coroscanner ; d'imagerie interventionnelle ;
 - ✓ pour l'accueil et le traitement des urgences, un scanner supplémentaire peut se justifier à partir de 40 000 passages (ATU et passages suivis d'une hospitalisation : Cf. panorama des urgences – GIP e-santé Oru Paca).

➤ IRM : critères d'implantation

- Site avec scanner sans IRM polyvalente (afin de favoriser la substitution).

Afin de favoriser la substitution, les sites à retenir correspondront le mieux à tout ou partie des critères suivants :

- ✓ Critères principaux
 - scanner non adossé à une IRM proche géographiquement (adossement géographique ou fonctionnel)
 - volume d'actes élevé en neurologie et cancérologie
 - taux d'équipement rapporté à la population du territoire faible par rapport aux autres départements
 - site autorisé à l'accueil des urgences
- ✓ Critères secondaires
 - site comportant des services à charge en soins importants (réanimation, soins critiques, pédiatrie)
 - activité de court séjour élevée sur le site
 - activité du scanner élevée
- Site avec IRM pouvant justifier d'une IRM supplémentaire.

Pour une IRM supplémentaire, polyvalente ou ostéo-articulaire, seront prioritaires les structures où la ou les IRM déjà installées présentent une situation de saturation (volume et complexité des examens de l'IRM et « maturité organisationnelle du service » (nombre suffisant de radiologues + amplitudes diurnes, ouverture du samedi matin).

- ✓ Polyvalente
 - le volume d'actes de neurologie et d'oncologie est significatif sur l'équipement déjà autorisé (activité importante – importance du volume et de la complexité des actes)
- ✓ Ostéo articulaire
 - le volume d'actes de neurologie et d'oncologie est significatif sur l'équipement déjà autorisé (hors établissements spécialisés en cancérologie),
 - l'IRM adaptée à visée ostéo articulaire sera adossée à une IRM polyvalente,
 - la même équipe médicale disposera de la possibilité d'utiliser les 2 équipements afin de pouvoir proposer l'examen le plus pertinent,
 - l'équipement devra permettre une qualité d'image équivalente à celle de l'IRM polyvalente. Chaque fois que possible l'IRM polyvalente doit être privilégiée.
- ✓ Pédiatrique
 - Adossé à un centre de pédiatrie de référence ou de recours
 - pouvant témoigner d'une organisation en capacité de prise en charge d'une activité spécialisée de pédiatrie (notamment l'anesthésie et la réanimation)

3.4.12 IMAGERIE - MÉDECINE NUCLÉAIRE

Ce volet du Schéma régional de santé se situe dans la continuité du SROS-PRS 1. Il poursuit, dans un souci d'efficacité, la nécessaire démarche d'amélioration de l'accès aux soins et d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Dans le cadre de ce volet, ne sont envisagées que les utilisations diagnostiques de techniques fondées sur l'administration de radionucléides au patient permettant de réaliser de l'imagerie fonctionnelle, complémentaire à d'autres techniques d'imagerie purement morphologique (scanner, IRM).

Bilan de l'existant des équipements en région Paca

IMPLANTATIONS DES GAMMA CAMÉRA

Territoire	Nb sites prévus au SROS	Nb appareils prévus au SROS
Hautes-Alpes	1	2
Alpes-Maritimes	4	10
Bouches-du-Rhône	7	19
Var	3*	7*
Vaucluse	1	3
Total Paca	16	41

*dont HIA Ste Anne

100% des GAMMA CAMERAS autorisées sont installées et 50% ont plus de 7 ans. Le taux d'équipement par million d'habitants en Paca est de 8,3 pour 7 au niveau national.

IMPLANTATIONS DES TEP

Territoire	Nb sites prévu au SROS	Nb appareils prévu au SROS
Alpes-Maritimes	3	1*+3
Bouches-du-Rhône**	5*	1*+5
Var	2	2
Vaucluse	1	1
Total Paca	11	13

* besoins exceptionnels de santé publique

** + 1 TEP recherche autorisé pour le diagnostic à 20% du temps

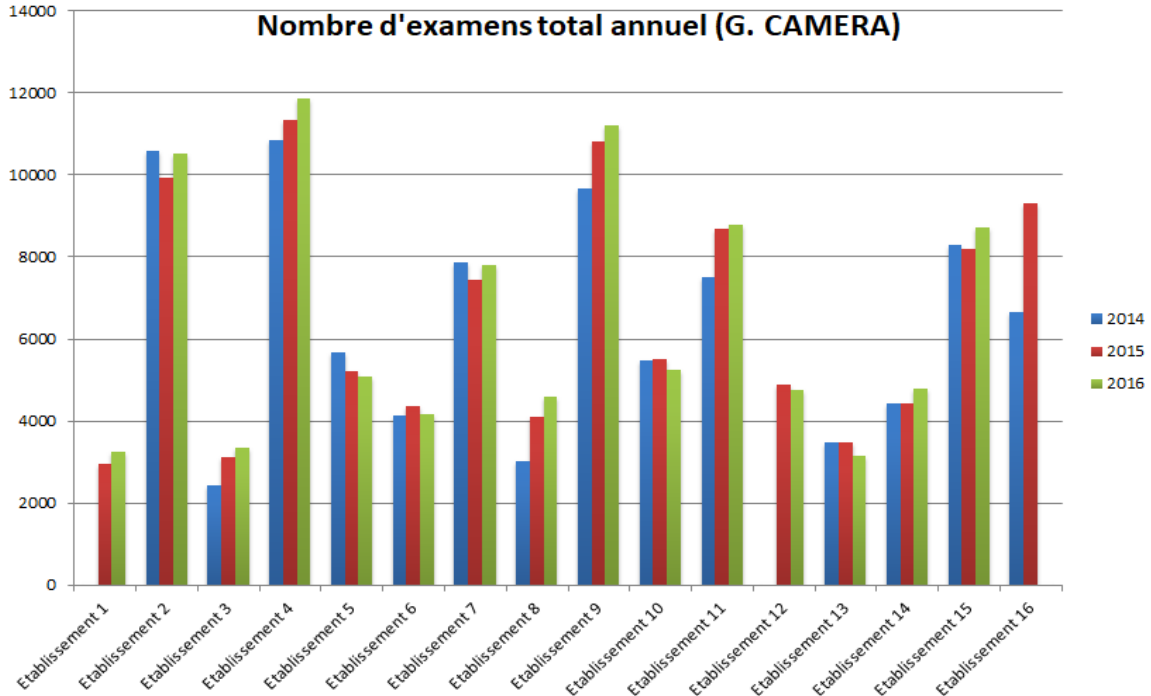
100% des TEP autorisés sont installés et 50% des TEP installés ont plus de 3 ans. 25% des services de médecine nucléaire n'ont pas de TEP. Les équipements supplémentaires prévus par la détermination de besoins exceptionnels en 2017 sont mentionnés mais les autorisations ne sont pas encore délivrées. Le taux d'équipements par million d'habitants est de 2.6 pour un taux de 2.26 en France (taux minimum 0.9 maximum 3.47), de 4 en Europe et 7 aux USA.

Bilan de l'activité

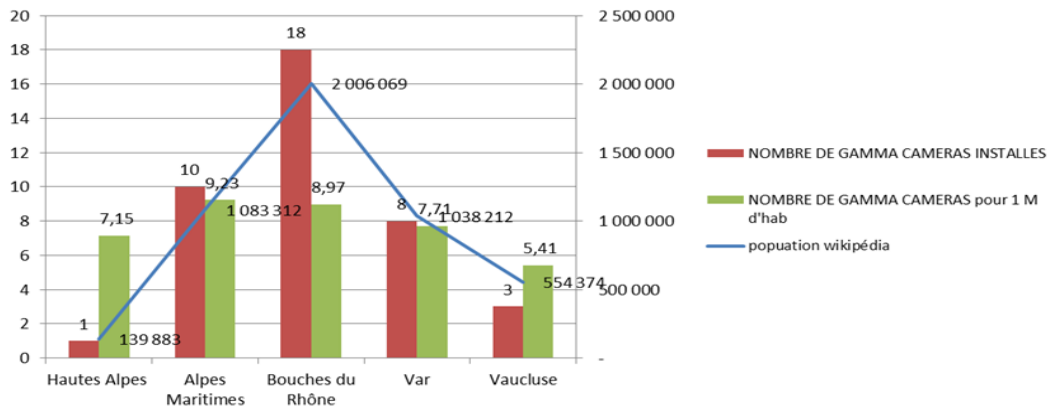
Gamma Cameras

97 219 examens ont été réalisés en 2016 ce qui, rapportés aux 90 089 examens réalisés en 2014, représente un taux d'accroissement de 8%. Plus de 103 000 examens avaient été réalisés en 2015.

NOMBRE D'EXAMENS PAR CENTRE ET PAR GAMMA CAMERA



RÉPARTITION 2016 DES GAMMA CAMÉRAS INSTALLÉES PAR DÉPARTEMENT ET PAR POPULATION

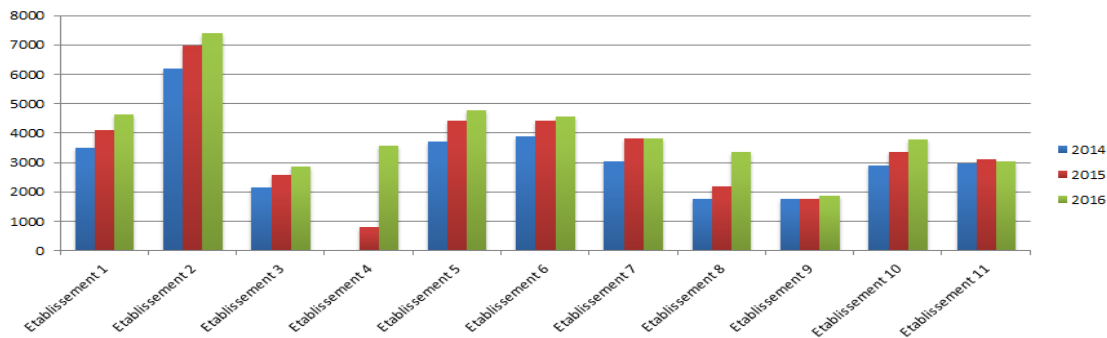


Les 97 219 examens et 1 199 actes thérapeutiques ont été réalisés sur 41 caméras, ce qui représente une moyenne de 2 370 examens par caméra.

TEP

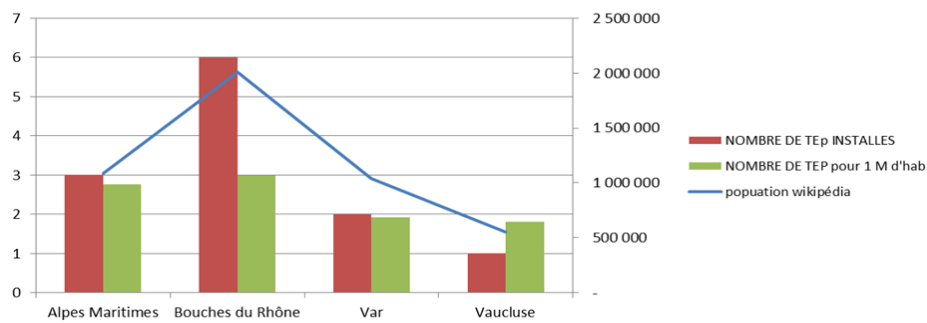
Les indications des examens TEP concernent à 90% la cancérologie et, dans une moindre part, la neurologie et les syndromes inflammatoires. Il existe des disparités par centre.

Nombre total d'examens annuel TEP SCAN



En constante augmentation depuis 2014, l'activité des TEP SCAN a vu son taux d'accroissement 2014-2016 atteindre 36%. Au total, pour la région Paca, 44 532 actes ont été réalisés sur ces équipements en 2016, soit une moyenne de 4 048 actes par TEP Scan. Les centres de médecine nucléaire qui n'ont pas d'autorisation de TEP participent à l'activité d'autres centres autorisés.

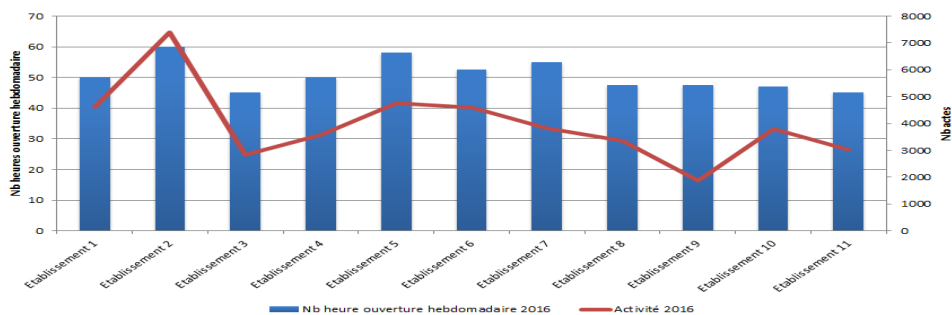
RÉPARTITION 2016 DES TEP INSTALLÉES PAR DÉPARTEMENT ET PAR POPULATION



L'attractivité de cette activité est interdépartementale voire interrégionale et doit prendre en compte le recrutement des centres de références (CHU et CLCC) ce qui rend difficile une analyse par territoire.

NOMBRE D'EXAMENS ET D'HEURES D'OUVERTURE HEBDOMADAIRE PAR CENTRE

Nombre d'heures hebdomadaires d'accès au TEP SCAN et activité 2016



En moyenne, les centres sont ouverts près de 50 heures par semaine avec un maximum de 60 heures hebdomadaires pour l'un d'entre eux. Ce nombre est limité en raison de l'absence d'approvisionnement en produits radio le samedi (idem le soir).

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

2017		2023				2027			
effectifs installés	paramètre d'attractivité	effectifs de moins de 65 ans en 2023	nombre de nouveaux MN formés en 2023	effectifs projetés en 2023	évolution en 2023 (base 100 en 2017)	effectifs de moins de 65 ans en 2027	nombre de nouveaux MN formés en 2027	effectifs projetés en 2023	évolution en 2027 (base 100 en 2017)
61	1,4	51	11	66	108	47	21	76	125

Les projections pour les 10 ans à venir laissent à penser que la médecine nucléaire n'est pas une spécialité fragile en termes de démographie médicale.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES

La France se caractérise au sein des pays de l'OCDE, d'un côté, par une production importante d'actes d'imagerie en nombre, et de l'autre côté, par un nombre limité d'appareils d'imagerie (imagerie en coupe et médecine nucléaire)

La situation de la région Paca ne fait pas exception dans ce contexte national malgré un nombre d'appareils supérieur à la moyenne nationale.

Aussi, plusieurs enjeux stratégiques peuvent être identifiés :

- répondre à l'augmentation importante des besoins et des indications en imagerie, tout en anticipant les évolutions technologiques rapides et importantes dans ce domaine ;
- répondre prioritairement aux besoins en cancérologie prenant en compte les nouvelles indications ;
- améliorer la réponse aux besoins, hors cancérologie, liés à l'évolution des traceurs ;
- enfin, répondant aux enjeux précédents, favoriser les réorganisations sans augmenter le nombre d'implantations mais en privilégiant de nouveaux appareils afin de renforcer les plateaux techniques existants et de développer les coopérations.

OBJECTIF 1 : Améliorer l'accès aux TEP en augmentant le nombre et la répartition géographique.

OBJECTIF 2 : Améliorer la pertinence des actes ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

OBJECTIF 3 : Améliorer l'efficience : regroupements de plateaux techniques, coopérations entre établissements de santé ainsi qu'entre secteur hospitalier et secteur libéral.

OBJECTIF 1 : Améliorer l'accès aux TEP en augmentant le nombre et la répartition géographique

- Améliorer la réponse en cancérologie tout en prenant en compte les nouvelles indications hors oncologie.
- Améliorer le maillage territorial en s'appuyant préférentiellement sur des sites ayant une forte activité de cancérologie et participant au réseau de cancérologie.
- Prendre en compte l'impact de la complexité croissante des actes sur la durée des examens.
- Assurer l'égalité d'accès à ces techniques, pour les patients et les professionnels de santé des établissements publics et privés.

OBJECTIF 2 : Améliorer la pertinence des actes ainsi que la qualité et la sécurité des soins

- Diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale élaboré par la Société française de radiologie et la Société française de biophysique et de médecine nucléaire.
- Favoriser une évolution des pratiques médicales garantissant leur conformité aux référentiels médicaux.
- Veiller à ce que les règles de radioprotection soient respectées (évaluation de la mise en œuvre de la réglementation et des bonnes pratiques professionnelles).

OBJECTIF 3 : Améliorer l'efficacité : regroupements de plateaux techniques, coopérations entre établissements de santé ainsi qu'entre secteur hospitalier et secteur libéral

L'organisation des plateaux techniques d'équipements lourds doit avoir pour objectif prioritaire le regroupement des équipements d'imagerie au sein de plateaux multi techniques favorisant la complémentarité des techniques et des moyens humains.

Il convient de favoriser le regroupement imagerie -médecine nucléaire au sein de structures communes. Il apparaît en effet nécessaire de promouvoir la coopération des équipes de radiologie et de médecine nucléaire pour permettre au patient de bénéficier au mieux des performances des techniques d'imagerie anatomique et métabolique.

Par ailleurs, ce regroupement facilite l'intégration des spécialistes de l'imagerie dans des équipes multidisciplinaires associant l'ensemble des cliniciens concernés.

La collaboration entre radiologues, radiothérapeutes, médecins nucléaires, physiciens et informaticiens et ingénieurs biomédicaux doit être renforcée.

Ces principes conduisent à privilégier les nouvelles implantations dans des structures déjà pourvues d'équipements lourds et adossés à des secteurs d'hospitalisation.

Principes généraux pour déterminer les objectifs quantifiés

Pour les équipements et matériels lourds les objectifs quantifiés fixent, par territoire de santé, le nombre d'implantations disposant d'un équipement matériel lourd déterminé et le nombre d'appareils.

➤ Gamma caméras

Le besoin est couvert en région Paca. Tous les centres disposent d'au moins 2 gamma- caméras à l'exception du centre des Hautes-Alpes qui dispose d'une dérogation géographique.

➤ TEP

La détention et l'utilisation des radio-nucléotides pour les activités de médecine nucléaire sont subordonnées à une autorisation préalable personnelle et non transférable à un médecin possédant les titres requis. Cette autorisation implique le respect des dispositions réglementaires en matière de radioprotection.

L'établissement siège du service de médecine nucléaire est soumis aux dispositions du code de l'environnement (installation classée pour la protection de l'environnement).

Pour être autorisés, les centres devront répondre aux préconisations suivantes :

- disposer d'une autorisation de gamma caméras ;
- présenter le projet dans le cadre d'un projet territorial ou inter territorial afin d'optimiser le fonctionnement des appareils existants et de favoriser le développement des coopérations entre les centres de médecine nucléaire, en prenant également en compte les centres de médecine nucléaire sans TEP ;
- être adossé préférentiellement à des établissements ayant une forte activité de cancérologie ;
- être capables de mobiliser des ressources humaines nécessaires.

Les nouvelles demandes d'autorisation devront comporter une évaluation médico économique garantissant une viabilité de l'activité.

Actuellement 11 TEP sont autorisés avec une moyenne de plus de 4000 examens par TEP. Les besoins exceptionnels de santé publique déterminés en 2017 permettront l'autorisation de 2 TEP supplémentaires portant à 13 le nombre de sites prévus à l'issue du SROS-PRS 1.

Afin d'anticiper sur l'évolution des techniques et l'extension des indications, les besoins supplémentaires sont estimés à 5 appareils portant à 18 le nombre d'appareils soit un taux d'équipements de 3.6 par million d'habitants. A titre indicatif le taux d'équipement en TEP par million d'habitants est de 4 en Europe et 7 aux USA.

3.4.13 CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Les actes de cardiologie interventionnelle sont définis par opposition aux actes chirurgicaux. Néanmoins la frontière est de plus en plus floue dans la mesure où de nombreux actes dits interventionnels sont pratiqués en salle opératoire ou par des binômes cardiologue, chirurgien cardiaque.

La réglementation différencie les actes qui justifient ou non d'une autorisation.

- **Actes qui peuvent être réalisés sans autorisation.**
 - Explorations électrophysiologiques à visée diagnostique
 - Stimulation cardiaque conventionnelle
 - Ablation de la jonction atrioventriculaire
 - Coronarographie, angiographie
 - Interventions vasculaires périphériques percutanées
- **Actes soumis à autorisation.**

Parmi ces actes, certains, réalisés par des cardiologues interventionnels, ne peuvent être pratiqués que sur un site qui dispose d'une autorisation de chirurgie cardiaque. D'autres actes ne nécessitent que l'autorisation spécifique de cardiologie interventionnelle.

- Actes nécessitant une autorisation conjointe de chirurgie cardiaque.
 - ✓ Interventions structurelles percutanées (ou trans apicales VG)
 - Valvulaires : TAVI, MitraClip
 - Autres : Occlusion de l'auricule gauche, d'un foramen perméable, d'une communication interventriculaire acquise, d'une fuite para prothétique.
- Actes soumis à autorisation en dehors d'un plateau de chirurgie cardiaque.

- ✓ Rythmologie Interventionnelle (activité de type 1)
 - Techniques ablatives y compris ablations de fibrillation auriculaire (FA)
 - Stimulation multisites
 - Défibrillation : pose de dispositifs de prévention de la mortalité cardiaque liée à des troubles du rythme ; procédures d'ablation endocavitaire
- ✓ Angioplasties (Activité de type 3)
- Cardiologie interventionnelle pédiatrique et congénitale adulte (Activité de type 2)

Il convient de distinguer les techniques interventionnelles pédiatriques. Celles-ci rares nécessitant des spécialisations fortes sur le versant de la cardiologie congénitale (réalisées chez des enfants comme chez des adultes) ne peuvent être envisagées que dans le cadre de plateaux médico-chirurgicaux cardiaques pédiatriques.

Les indications de recours à la cardiologie interventionnelles sont en constante évolution. L'organisation nationale et régionale des pratiques doit de ce fait être régulièrement remise en question. Elle doit parallèlement tenir compte des évolutions de l'offre de soins et de la demande.

La cardiologie interventionnelle peut être une alternative à la chirurgie cardiaque ou la compléter. **L'identification de centres de référence dédiés à la prise en charge de situations complexes est une priorité.**

Constats

L'offre de soins

La région Paca présente des particularités qui doivent être prises en considération.

- Des centres équipés de plateaux techniques appropriés nombreux. Présents sur tous les territoires Paca excepté la région alpine, ils répondent à l'ensemble des besoins actuels.
- 4 centres médico-chirurgicaux autorisés à la réalisation d'interventions structurales non congénitales
- 16 centres réalisent des activités de cardiologie interventionnelle, coronarienne et rythmologique
- 1 centre d'électrophysiologie interventionnelle exclusive
- 5 centres de cardiologie interventionnelle coronaire exclusive

On note par ailleurs, 1 centre médico-chirurgical de cardiologie pédiatrique et congénitale adulte

L'activité

La région se caractérise par un taux de recours à la cardiologie interventionnelle standardisé sur l'âge supérieur au taux national et une activité qui continue à croître. Chaque centre développe une activité importante les mettant en conformité avec les seuils réglementaires.

- Rythmologie interventionnelle (Activité de type 1)
 - ✓ Taux de recours supérieur à la moyenne nationale après standardisation. Augmentation en cinq ans de 60% du nombre d'actes d'ablation
 - ✓ L'augmentation touche en particulier le nombre d'ablations de fibrillation auriculaire (FA) (>130%). Néanmoins, quelques centres développent une activité faible d'ablation de FA (inférieure à 50 actes annuels retenus par les recommandations de bonnes pratiques de la société française de cardiologie (SFC))
- Cardiologie Interventionnelle Coronaire et Structurale (Activité de type 3)
 - ✓ Taux de recours aux angioplasties supérieur au taux national mais stable depuis 2011.
 - ✓ Par contre, le taux de recours au pontage aorto-coronaire reste inférieur à la moyenne nationale.
 - ✓ Augmentation régulière des actes de cardiologie interventionnelle structurale. Elle est pratiquée dans quatre centres médico chirurgicaux autorisés. Les délais de prise en charge s'allongent.
- Cardiologie interventionnelle pédiatrique et congénitale adulte (Activité de type 2)
 - ✓ Augmentation de 40% depuis 2011.
 - ✓ Augmentation en particulier du nombre d'interventions réalisées chez l'adulte. Cette activité ne peut être réalisée que par les cardiologues interventionnels pédiatriques.

ENJEUX

LES ENJEUX DES ACTIVITES DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE RÉALISÉES DANS LES CENTRES MEDICO-CHIRURGICAUX.

- Adapter l'offre au développement de la cardiologie interventionnelle structurale

Même si le remplacement valvulaire aortique chirurgical reste la référence, la chirurgie du rétrécissement aortique calcifié (RAC) et du remplacement valvulaire mitral va être bouleversée dans

les 10 ans à venir. Avec l'amélioration des résultats du TAVI, ses indications vont s'élargir vers des patients à risque plus faible et moins âgés. Parallèlement, les indications de la fermeture de l'appendice auriculaire pour troubles du rythme non contrôlés, vont s'élargir dans la stratégie thérapeutique. Ainsi les volumes des actes chirurgicaux devraient diminuer parallèlement à une augmentation de l'activité interventionnelle réalisée dans les mêmes blocs. L'importance de l'activité globale anesthésique dans ces centres va s'en trouver globalement croissante.

- Evaluer et réguler l'activité de cardiologie interventionnelle structurée
 - ✓ Les indications sont aujourd'hui rapidement évolutives. Actuellement réservée aux patients à très haut risque chirurgical, cette activité tend à être proposée à des sujets à moindre risque.
 - ✓ L'importance de l'imagerie rend indispensable la présence sur site d'une salle hybride. L'organisation des plateaux technique est donc à reconsidérer compte tenu de l'augmentation régulière du nombre de ces interventions
 - ✓ La simplification de certaines procédures devient aujourd'hui un enjeu. Celles-ci pourraient être réalisées sous anesthésie locorégionale permettant alors une sortie plus précoce du patient et libérant des lits d'hospitalisation en particulier monitorés.
 - ✓ Si la sélection des patients par un « heart team » reste imposée, la réalisation de l'acte peut être de plus en plus souvent réalisée par un binôme de cardiologues sans chirurgien cardiaque .C'est déjà le cas pour le MitraClip ou l'occlusion de l'Auricule gauche et pourrait l'être pour le TAVI.

L'évaluation des pratiques devra suivre le modèle fourni par celle de la cardiologie interventionnelle coronaire afin de suivre l'impact de ces évolutions technologiques

- Les techniques interventionnelles percutanées doivent être réalisées dans des centres médico-chirurgicaux et exécutées par une équipe multidisciplinaire au sein d'un «Heart team».

■ LES ENJEUX DES ACTIVITÉS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE RÉALISÉES DANS LES CENTRES HORS PLATEAU TECHNIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE.

- L'extension des indications d'ablations et notamment d'ablations de fibrillation auriculaire en électrophysiologie interventionnelle

Ces actes ne sont jamais réalisés dans l'urgence Leur réalisation nécessite des praticiens bien formés, d'une grande technicité et réalisant un nombre d'actes importants (notamment pour la FA) au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

En Europe, on estime que d'ici 2030, 14 à 17 millions de patients auront été traités pour une FA, 120 000 à 215 000 nouveaux patients chaque année. Près de 3% le nombre d'adultes de plus de 20 ans bénéficieront de cette intervention

Il est nécessaire :

- ✓ d'évaluer les besoins en région Paca
- ✓ de déterminer le nombre de centres et opérateurs nécessaires
- ✓ de définir les contraintes de qualité auxquelles les centres retenus devront se soumettre
- ✓ d'établir une méthode de suivi de la pertinence et de la qualité des actes réalisés

Actuellement, le taux de recours à ces techniques dans notre région est plus important qu'au niveau national et les délais d'attente dans les territoires sont acceptables. Ceci conduit à concentrer l'activité sur des plateaux techniques lourds avec des gros volumes d'activité.

- Les indications des angioplasties coronaires.

Le taux de recours aux angioplasties est supérieur à la moyenne nationale et le taux de recours à la chirurgie coronaire est inférieur au taux de recours national. Ces constats imposent une évaluation :

- ✓ De la pertinence des actes interventionnels
- ✓ De la disponibilité des services de chirurgie cardiaque
- L'intérêt de la réalisation en ambulatoire des actes de cardiologie interventionnelle doit être évalué
 - ✓ Elle pourrait réduire le coût des interventions
 - ✓ Elle est envisageable chez les patients stables lorsque l'intervention envisagée est qualifiée de techniquement simple.
 - ✓ Elle impose de pouvoir convertir l'hospitalisation en cas de complication et d'organiser la prise en charge péri opératoire

LES ENJEUX DES ACTIVITÉS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE CONGÉNITALE

En France, on estime que la population de patients ayant une cardiopathie congénitale est de plus de 300 000 individus avec autant d'enfants que d'adultes. Il est donc nécessaire de structurer la filière de prise en charge des malformations congénitales qui ne cesse d'augmenter. Cette filière a la responsabilité de la prise en charge des patients porteurs de cardiopathies congénitales, qu'ils soient enfants ou devenus adultes. Les améliorations de l'espérance de vie de ces patients conduisent à une augmentation régulière du nombre de patients suivis par cette filière, notamment de patients devenus adultes. L'organisation de la cardiologie interventionnelle pédiatrique ne peut être dissociée de l'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique et de la prise en charge des cardiopathies congénitales acquises. Les progrès des techniques d'imagerie interventionnelle en cardiologie rendent nécessaires une liaison forte entre cardiologues interventionnels pédiatriques et chirurgiens cardiaques pédiatriques. Ces professionnels ont la charge de la prise en charge au long cours des patients porteurs de cardiopathies congénitales. La rationalité des organisations, la gradation des soins comme les évolutions démographiques de ces professionnels doivent être au cœur des préoccupations dans les années à venir.

Les centres prenant en charge médico-chirurgicalement ces patients doivent rester concentrés. Mais il convient, autour d'eux, d'organiser un suivi au long cours de ces patients dans l'environnement de leur lieu de vie par des équipes moins spécialisées mais en lien permanent avec les équipes médico-chirurgicales de référence. Cette organisation permettra d'alléger la charge des équipes de référence à l'heure où l'évolution de la démographie de ces spécialités rares va croiser l'augmentation importante du nombre des patients porteurs de cardiopathies congénitales. Cette liaison s'appuiera notamment sur les moyens modernes de communication.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Améliorer la pertinence des actes.

OBJECTIF 2 : Développer la prise en charge ambulatoire pour les actes simples d'angioplasties et d'électrophysiologie.

OBJECTIF 3 : Evaluer les pratiques d'ablations et notamment d'ablations de fibrillation auriculaire en électrophysiologie interventionnelle.

OBJECTIF 4 : Adapter l'organisation des blocs des centres médico-chirurgicaux aux évolutions rapides de la chirurgie cardiaque et des techniques interventionnelles.

OBJECTIF 5 : Mettre en place un «réseau» de prise en charge des cardiopathies congénitales (CC).

OBJECTIF 1 : Améliorer la pertinence des actes

Les évolutions rapides des indications mais aussi les taux de recours élevés dans notre région rendent difficiles la mesure des besoins et l'interprétation des volumes d'activité constatés. Il est donc important de conduire, en parallèle à ces constats, une démarche généralisée d'analyse de la pertinence, seule à même de garantir une réponse suffisante et adaptée aux besoins de la population régionale.

- Le suivi du registre régional des actes d'angioplasties et de coronarographie constitue une priorité absolue, compte-tenu des interrogations qualitatives posées par le taux de recours régional. S'agissant de qualités des pratiques, c'est tout particulièrement son comité scientifique qui doit en avoir la responsabilité technique.
- Les actes de coronarographie sont parfois prescrits par des urgentistes ou des cardiologues médicaux ; l'impact important de cette première prescription sur les modalités ultérieures de la prise en charge justifie qu'une politique d'information sur les bonnes pratiques soit conduite auprès de ces professionnels
- Afin de stimuler des stratégies médicales partagées, il faut favoriser les revues de pertinence au sein des établissements
- De même, et pour les mêmes motifs, il convient d'insister sur l'importance, pour les cas complexes, des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) médico-chirurgicales. Ceci passe par le développement d'outils de télémédecine sécurisés partagés entre les centres non chirurgicaux et les autres centres.
- La pertinence des actes d'électrophysiologie doit être analysée au regard des recommandations des sociétés savantes
- La pratique isolée de la coronarographie ne se justifie pas en dehors d'un centre autorisé pour l'angioplastie coronaire.
- Pour la pose des stimulateurs simple et double chambres les recommandations des sociétés savantes doivent être respectées.
- Les cardiologues qui contrôlent périodiquement ces stimulateurs doivent être aguerris à la pose de ces derniers.

La société française de cardiologie a émis des recommandations sur les implantations de stimulateurs. Il est important que ces recommandations soient respectées. Il est notamment stipulé que tous les médecins pratiquant des implantations de stimulateurs et que tous ceux impliqués dans le suivi des patients porteurs de stimulateurs cardiaques suivent une formation continue régulière.

Si la pratique de cette activité n'est pas soumise à autorisation, il reste essentiel que les recommandations de la SFC en termes d'activité, d'équipement, d'organisation, d'évaluation soient satisfaites dans une région largement dotée comme la nôtre. Elle doit aussi satisfaire aux critères de remboursement des dispositifs de la Liste des Produits et Prestations (LPP).

OBJECTIF 2 : Développer la prise en charge ambulatoire pour les actes simples d'angioplasties et d'électrophysiologie

Ce développement nécessitera des adaptations du tissu d'aval (télésurveillance, formation adaptée des paramédicaux) avec une organisation spécifique qui nécessite des gros volumes d'activité ce qui justifie du regroupement de ces activités sur les plateaux techniques importants.

OBJECTIF 3 : Evaluer les pratiques d'ablations et notamment d'ablations de fibrillation auriculaire en électrophysiologie interventionnelle

Dans le contexte d'extension des indications de ces actes qui ne sont jamais réalisés en urgence, une harmonisation et une amélioration des pratiques restent les priorités. L'évaluation des pratiques sera une nécessité absolue dont l'enjeu est la qualité et la sécurité optimales des soins délivrés aux patients. Aujourd'hui, il est prématuré, dans ce contexte, d'envisager des créations de nouveaux sites.

Par contre, les centres existants peuvent s'ouvrir afin de permettre à des cardiologues qui travaillent sur des centres non autorisés, de réaliser ces actes soumis à autorisation. Au terme de l'évaluation, et en fonction de ses résultats quantitatif et qualitatif, l'hypothèse d'une nouvelle augmentation du nombre de sites autorisés pourra être étudiée.

OBJECTIF 4 : Adapter l'organisation des blocs aux évolutions rapides de la chirurgie cardiaque et des techniques interventionnelles.

Compte tenu de l'évolution rapide et respective de l'activité de chirurgie cardiaque et des techniques interventionnelles réalisées au sein des mêmes blocs opératoires, l'organisation de ces blocs doit être adaptée à ces évolutions. Le temps de disponibilité des anesthésistes pourrait être considérablement modifié. Il sera donc également nécessaire d'intégrer cette conséquence dans l'organisation des équipes anesthésiques en charge de ces activités.

Le nombre de centres médicochirurgicaux de la région ne devrait pas évoluer, mais pour permettre une utilisation optimale ces plateaux, doivent être ouverts aux opérateurs extérieurs aux centres.

OBJECTIF 5 : Mettre en place un «réseau» de prise en charge des cardiopathies congénitales

La prise en charge de tous les patients qui nécessitent un acte thérapeutique majeur quel que soit leur âge, doit se faire dans une structure qui regroupe les compétences spécialisées nécessaires en anesthésie-réanimation, en cardiologie interventionnelle et en chirurgie pédiatriques. Cette activité de recours, très spécialisée, doit être réalisée dans des centres permettant une prise en charge concertée, optimale et continue au cours du temps (24heures sur 24 et 7 jours sur 7).

Des liens étroits entre ces équipes et les divers professionnels de santé qui interviennent auprès des patients sont indispensables tout au long du parcours du patient :

- néonatalogistes et obstétriciens pour la période néonatale et, pour ces derniers, pour le suivi pendant la grossesse des femmes porteuses de cardiopathies congénitales ;
- pédiatres généralistes et sur-spécialités pour les enfants ;
- médecins généralistes et les divers spécialistes pour les adultes.

RÉSULTATS ATTENDUS

- La pertinence des actes est renforcée.
- Les prises en charge en cardiologie interventionnelle sont davantage effectuées en hospitalisation de jour.

3.4.14 BIOLOGIE MÉDICALE

La biologie médicale est devenue un élément central du parcours de soins des patients. Elle contribue actuellement à environ 60-70% des diagnostics réalisés. Cette thématique concerne l'ensemble des laboratoires de biologie médicale, quel que soit leur statut juridique (privé ou public) pratiquant des examens de biologie médicale destinés aux patients hospitalisés ainsi qu'aux patients ambulatoires dans le cadre de l'offre de soins de premier recours. Le schéma régional de santé définit l'offre d'examens de biologie médicale en fonction des besoins de la population (L.1434-3 CSP) et détermine des prévisions d'évolution de ces besoins (L.1434-2 du CSP).

L'offre de biologie médicale

La situation de la région Provence Alpes Côte d'azur en 2017 fait état de :

- 30 établissements de santé disposant de leur propre laboratoire de biologie médicale

Dans le secteur hospitalier la restructuration est moins prononcée que dans le secteur privé.

Les principales réorganisations opérées sont les suivantes :

- Entre le CH d'Aix-en-Provence et le CH de Digne, création d'un laboratoire commun multisite en juillet 2017,
 - Dans les Bouches-du-Rhône, un GCS exploitant un laboratoire inter hospitalier (CH Aubagne – CH La Ciotat) a été créé en 2012,
 - Dans le Vaucluse la biologie est organisée autour d'un GCS exploitant un laboratoire inter hospitalier à Orange (2014) et d'un GCS de biologie médicale entre le CH d'Avignon et le CHI de Cavillon-Lauris (2017).
- 44 laboratoires de biologie médicale privés multisites, dont le siège est en Paca, constitués de sites pré et post

analytiques et d'un ou plusieurs plateaux techniques où sont localisés les automates.

La répartition des sites de LBM privés est satisfaisante sur les départements du Var, du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône. Les communes, les moins bien desservies sont principalement localisées dans les zones les moins peuplées des Alpes-Maritimes, des Alpes de Haute Provence et des Hautes Alpes.

- 11 sites de l'Établissement Français du Sang Alpes Méditerranée.

L'Établissement Français du Sang Alpes Méditerranée compte un laboratoire de biologie médicale constitué de 11 sites en Paca réalisant des examens particuliers :

- d'immunohématologie érythrocytaire (contexte transfusionnel, suivi de grossesse,...),
- d'immunogénétique,
- d'histocompatibilité et d'immunologie HLA (Human Leucocytes Antigen).
- de cytogénétique et de génétique moléculaire.

Le maillage territorial des laboratoires de l'EFS (Gap, Cannes, Saint Laurent du Var, Aix-en-Provence, Arles, Marseille Baille, Marseille Timone, Marseille IPC, Marseille Nord, Toulon, Avignon) est lié à l'implantation des sites de délivrance de produits sanguins labiles (PSL) de manière à affirmer un lien fort entre immunohématologie et délivrance de ces produits. Dans tous les départements de Paca la densité en nombre de sites de laboratoire de biologie médicale est égale ou supérieure à la moyenne nationale. Cette densité est doublée dans le département des Bouches-du-Rhône. L'offre de biologie médicale a connu une profonde restructuration et une concentration depuis une réforme initiée en 2010³⁰.

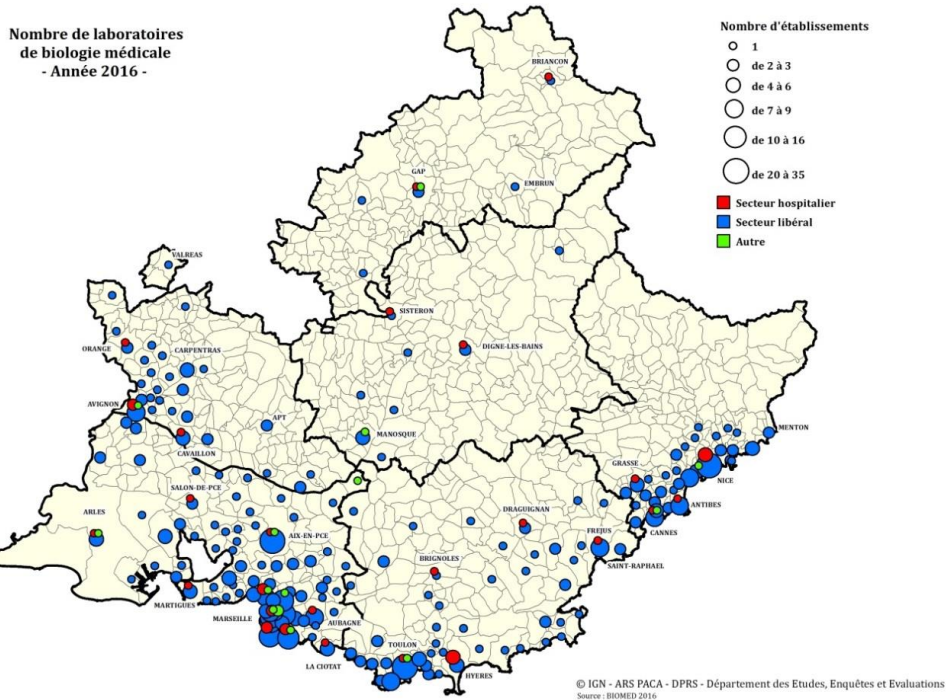
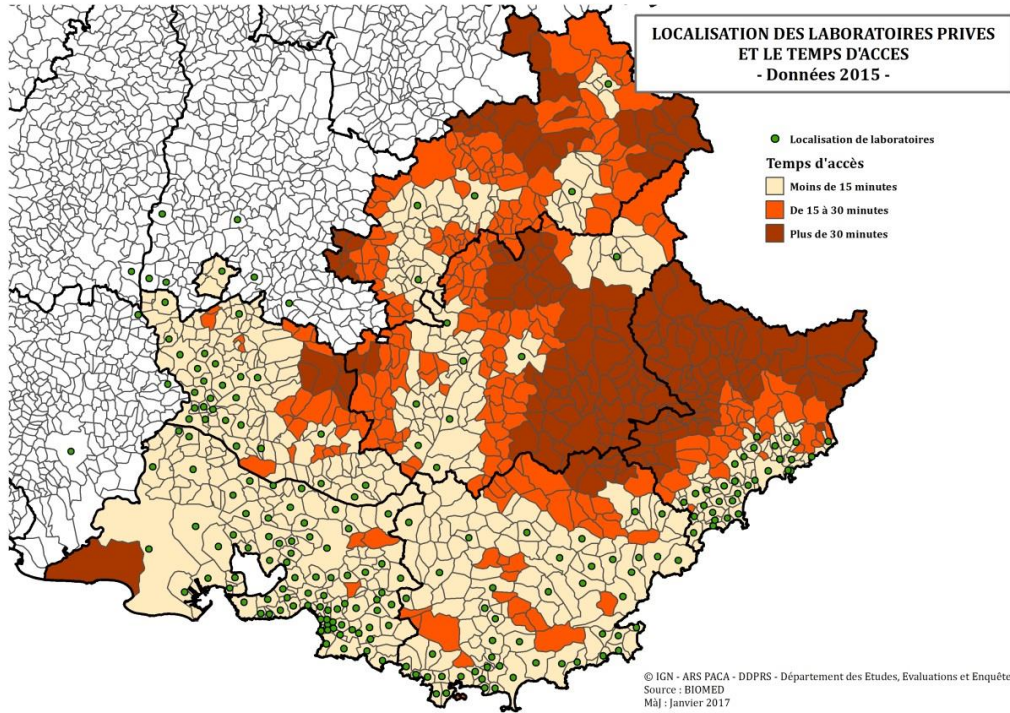
³⁰ Cette réforme a été initiée par l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale et ratifiée par la loi n°2013-442 du 30 mai 2013

	Nombre de sites de laboratoires	Population **	Nombre de sites pour 100 000 habitants
Alpes-de-Haute-Provence	15	161 588	9,3
Hautes-Alpes	10	139 883	7,1
Alpes-Maritimes	126	1 083 312	11,6
Bouches-du-Rhône	286	2 006 069	14,3
Var	114	1 038 212	11,0
Vaucluse	52	554 374	9,4
Paca	604	4 989 643	12,1
France entière	4698	65907160	7,1

*Source : Biomed 2016 tous sites confondus

**Source : INSEE décembre 2016

CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE BIOLOGIE MÉDICALE EN FONCTION DU TEMPS D'ACCÈS A UN SITE DE LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE



Les besoins de la population

Les besoins de la population sont liés au lieu de prélèvement des examens, ou plus exactement des échantillons biologiques. Cela repose sur la possibilité pour les patients d'accéder à un site de laboratoire d'analyse de biologie, ce qui reflète l'activité desdits laboratoires, exprimées en nombre d'examens prélevés.

Les besoins de la population sont par conséquent définis en nombre total d'examens réalisés à partir de prélèvements effectués sur le même territoire de santé - que l'examen soit réalisé par le laboratoire ou transmis à un autre laboratoire de biologie médicale (Article D6211-16 du CSP). Les données d'activité des laboratoires cumulent à la fois le secteur public et le secteur privé.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre d'examens prélevés par habitant et territoires de santé. C'est sur ces données que l'ARS se base pour juger de l'application de l'article L.6222-2 du CSP permettant de s'opposer à l'ouverture de nouveaux sites de laboratoires.

Territoire	Nombre d'examens prélevés en 2013	Nombre d'examens prélevés en 2015	Nombre d'examens prélevés en 2016	Nombre examens prélevés par habitant 2013	Nombre examens prélevés par habitant 2015	Nombre examens prélevés par habitant 2016	Besoins de la population définis par le SRS	Seuil d'intervention de l'ARS (besoins + 25%)
Alpes-de-Haute-Provence	3 019 924	3 025 145	3 119 556	18,7	18,7	19,3	19	24
Hautes-Alpes	2 598 117	2 348 174	3 041 429	18,7	16,7	21,7	22	28
Alpes-Maritimes	22 817 084	23 728 003	24 408 819	21,1	21,9	22,5	23	29
Bouches-du-Rhône	52 902 575	56 644 745	54 452 264	26,5	28,1	27,1	27	34
Var	20 105 859	20 342 570	20 738 809	19,5	19,4	20,0	20	25
Vaucluse	9 663 862	10 132 545	11 098 728	17,6	18,2	20,0	20	25

Les besoins de la population sont constants entre 2013 et 2016 et couverts par la répartition actuelle des sites de laboratoires. Il a été défini que le nombre d'examens prélevés par habitant et par an en 2016 correspond aux besoins de la population.

L'offre de biologie médicale actuellement en place doit être maintenue au minimum à ce niveau.

ENJEUX

La région Paca se caractérise par les problématiques suivantes :

- concentration des laboratoires de biologie médicale privés avec risque de financiarisation excessive ;
- densité élevée en sites de laboratoires privés engendrant une pénurie de biologistes médicaux ;
- difficulté d'application de la réglementation exigeant l'identification à tout moment d'un biologiste médical assumant la responsabilité du site du LBM ;
- sous-traitance des examens de biologie spécialisée hors région (Biomnis, Cerba) malgré l'existence de plateaux spécialisés en Paca ;
- manque de compétitivité des laboratoires publics dans la logistique des prélèvements et la transmission des résultats liée à l'absence d'interopérabilité des systèmes d'information ;
- transmission sous format papier des comptes rendus d'examen de biologie médicale entre LBM et prescripteurs (ville et établissements de santé).

Dans ce contexte, les enjeux seront de :

- maintenir le maillage territorial des laboratoires de proximité et l'accès aux laboratoires de biologie médicale spécialisés ;
- garantir une prise en charge graduée du patient grâce à la coordination des acteurs de santé ;
- encourager la juste prescription des examens de biologie médicale afin d'éviter l'exécution d'examens inutiles ;
- permettre le partage du compte rendu d'examens via le dossier patient informatisé afin d'éviter l'exécution d'examens redondants.

Ces enjeux nécessitent le développement d'applications informatiques permettant la transmission et le partage des informations de manière fiable et sécurisée.

Le développement de la prescription connectée facilitant le dialogue entre clinicien, préleveur et biologiste ainsi que l'intégration des résultats du compte rendu d'examen de biologie médicale dans le logiciel métier du prescripteur sont indispensables.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Veiller au maintien de l'adéquation entre l'offre de biologie médicale et les besoins de la population.

OBJECTIF 2 : Délimiter les zones donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité et prévoir la possibilité de dérogation sous certaines conditions.

OBJECTIF 3 : Définir des conditions de stockage éventuel pour les prélèvements effectués en dehors du LBM ou de l'établissement de santé.

OBJECTIF 4 : Renforcer les coopérations en biologie hospitalière.

OBJECTIF 5 : Optimiser la transmission des comptes rendus d'examens de biologie médicale.

OBJECTIF 1 : Veiller au maintien de l'adéquation entre l'offre de biologie médicale et les besoins de la population.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L.1434-9 considérée, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population.

OBJECTIF 2 : Délimiter les zones donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité et prévoir la possibilité de dérogation sous certaines conditions.

L'agence régionale de santé délimite les zones donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L.6211-16, L.6212-3, L.6212-6, L.6222-3, L.6222-5 et L.6223-4 du CSP.

En Paca, c'est le département qui est retenu comme zone d'application des règles de territorialité.

Les conditions de dérogation à la règle de territorialité d'implantation des sites d'un LBM sont prévues dans le schéma régional de santé.

Les sites d'un LBM sont implantés au maximum sur trois territoires de santé limitrophes (L.6222-5 CSP) sauf dérogation prévue à l'article R.6222-4 du CSP.

La dérogation à la territorialité des sites d'un laboratoire de biologie médicale est accordée par le directeur général de l'ARS Paca dans les conditions suivantes :

- l'offre de biologie médicale ne permet pas de répondre aux besoins de la population dans un territoire de santé,
- il n'existe pas d'autre site de laboratoire de biologie médicale situé dans un périmètre de 30 minutes,
- le LBM est déjà implanté sur trois territoires de santé et acquière un site déjà existant sur un territoire de santé limitrophe.

La dérogation est accordée pour un seul site et un seul territoire de santé.

OBJECTIF 3 : Définir des conditions de stockage éventuel pour les prélèvements effectués en dehors du LBM ou de l'établissement de santé

Le prélèvement est réalisé sur une des zones d'implantation du LBM (L.6211-16 CSP) mais avec des dérogations pour les HIA, les centres d'examen de santé, les prélèvements à domicile (selon l'état du patient) sur un territoire de santé limitrophe (R.6211-12).

Dans le cas où un entreposage s'avère nécessaire, le laboratoire s'assure que les conditions de stockage des échantillons sont adaptées et que le délai global de transport reste approprié (COFRAC SH REF 02).

OBJECTIF 4 : Renforcer les coopérations en biologie hospitalière

La mise en place des GHT ainsi que l'obligation faite aux établissements partis au groupement hospitalier de territoire d'organiser en commun les activités de biologie médicale instituée par l'article L.6132-3 du code de la santé publique constitue un levier pour renforcer et accélérer les processus de coopération en biologie hospitalière.

Cette orientation nécessite l'amélioration de la logistique des prélèvements et de l'interopérabilité des systèmes d'information entre laboratoires publics.

OBJECTIF 5 : Optimiser la transmission des comptes rendus d'examens de biologie médicale

La mauvaise coordination a un coût avec des bilans biologiques inutiles ou redondants.

L'article R.6211-4 du CSP précise que « le compte rendu structuré est produit, conservé et échangé par voie électronique conformément aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité (ASIP)...L'échange se fait en utilisant une messagerie électronique sécurisée de santé ».

RÉSULTATS ATTENDUS

- L'offre de biologie médicale est adaptée aux besoins de la population.
- Les conditions requises pour le transport et le stockage des prélèvements sont respectées.
- Le nombre d'examens de biologie médicale non pertinents est réduit.
- Les mutualisations dans le domaine de la biologie médicale hospitalière sont renforcées.
- L'interopérabilité des systèmes d'information est optimisée et les résultats d'examens de biologie médicale sont partagés entre professionnels de santé.

3.4.15 URGENCES

Les enjeux de la prise en charge des urgences et l'augmentation constante de cette activité nécessitent des adaptations pour répondre à l'objectif d'une accessibilité et d'une lisibilité de l'accès aux soins urgents pour tous, tout en maintenant une garantie de qualité de prise en charge.

Par ailleurs, l'afflux de patients, sans cesse croissant, dans les services d'urgence, entraîne régulièrement des situations de tension hospitalière accentuées par l'évolution défavorable de la démographie médicale des urgentistes et par les nouvelles dispositions du décompte du temps de travail dans les structures d'urgence.

CONTEXTE

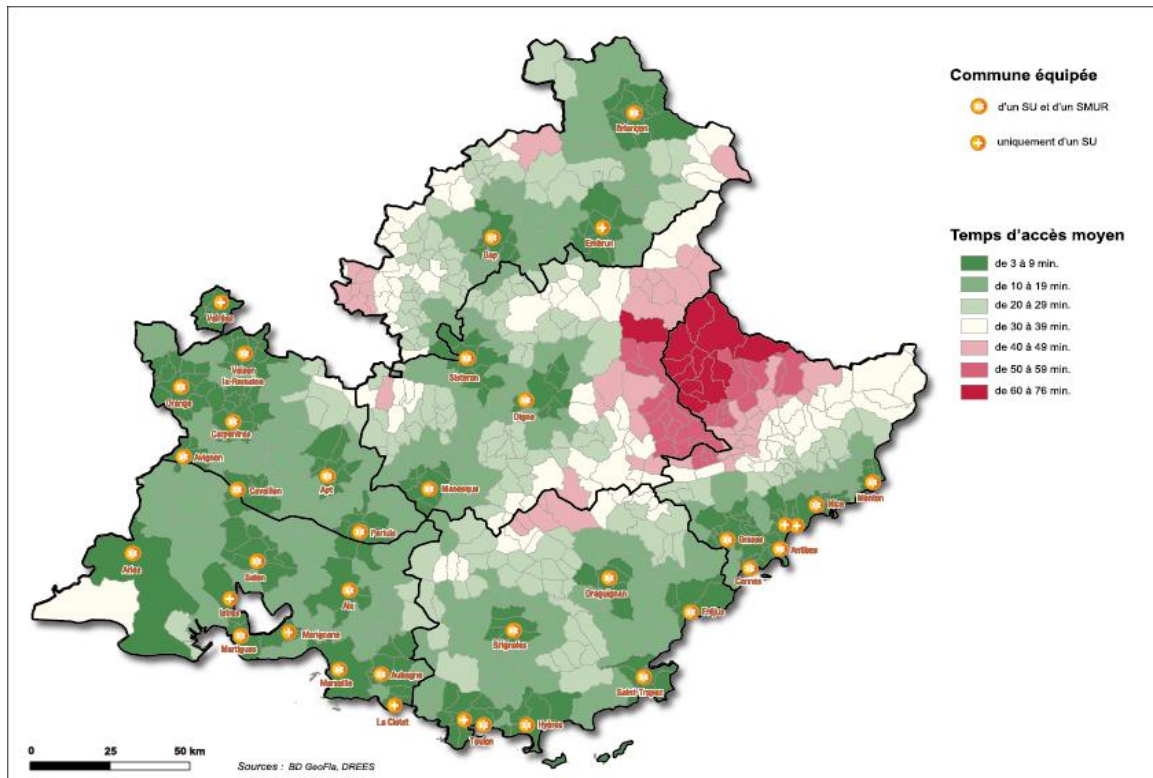
Structures d'urgence, SAMU et SMUR autorisés

Les ressources médicales d'urgentistes en Paca sont aujourd'hui dispersées sur 55 structures d'urgence autorisées dont 7 pédiatriques, 6 SAMU et 25 SMUR plus 4 antennes sur 38 implantations et 2 SMUR pédiatriques. A noter que la stratégie en termes de répartition des autorisations a un impact sur la gestion des ressources médicales.

Territoires de santé	Services d'urgence	Services d'urgence pédiatrique
Alpes-de-Haute-Provence	3	0
Hautes-Alpes	3	0
Alpes-Maritimes	9	1
Bouches-du-Rhône	18	4
Var	9	1
Vaucluse	8	1
Paca	48	7

Territoires de santé	SMUR	Antenne de SMUR	SMUR pédiatrique
Alpes-de-Haute-Provence	3		
Hautes-Alpes	2		
Alpes-Maritimes	4	1	1
Bouches-du-Rhône	6		1
Var	6	1 (2 mois)	
Vaucluse	4	2	
Paca	25	4	2

ACCÈS AUX STRUCTURES D'URGENCES



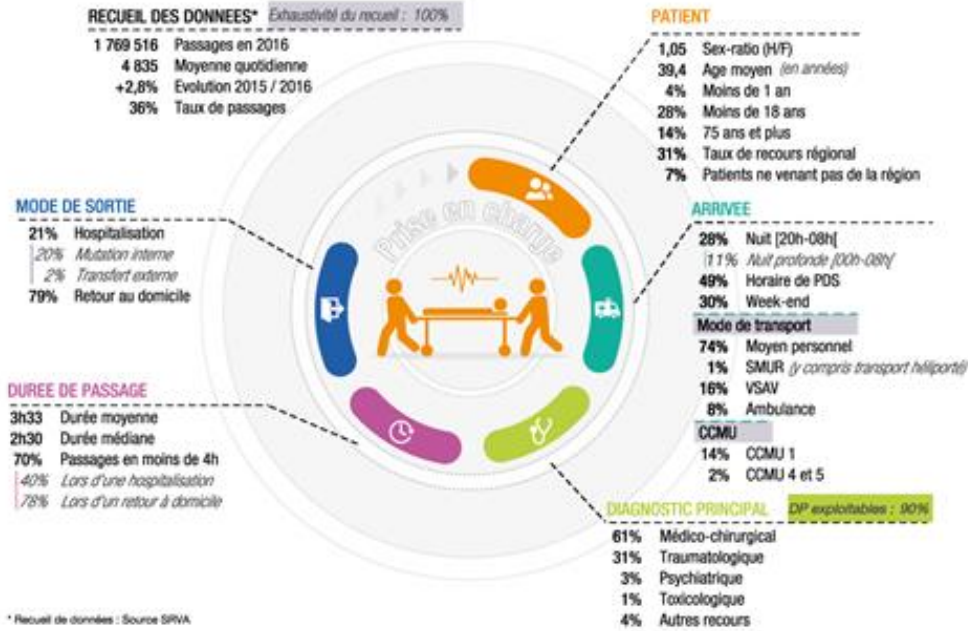
85.64% de la population régionale a accès à une structure d'urgence en moins de 15 minutes. Néanmoins les disparités territoriales sont fortes et des écarts conséquents sont constatés entre les communes du littoral et les communes de zone montagneuse : toutes les communes en bord de mer, à l'exception de la Camargue, sont à moins de 20 minutes d'une structure d'urgence, tandis qu'un nombre non négligeable des communes des Alpes sont éloignées de plus de 40' voire de plus d'une heure pour 6 600 habitants.

98.45% de la population régionale est à moins de 30 minutes d'accès à un service d'urgence ou à un SMUR.

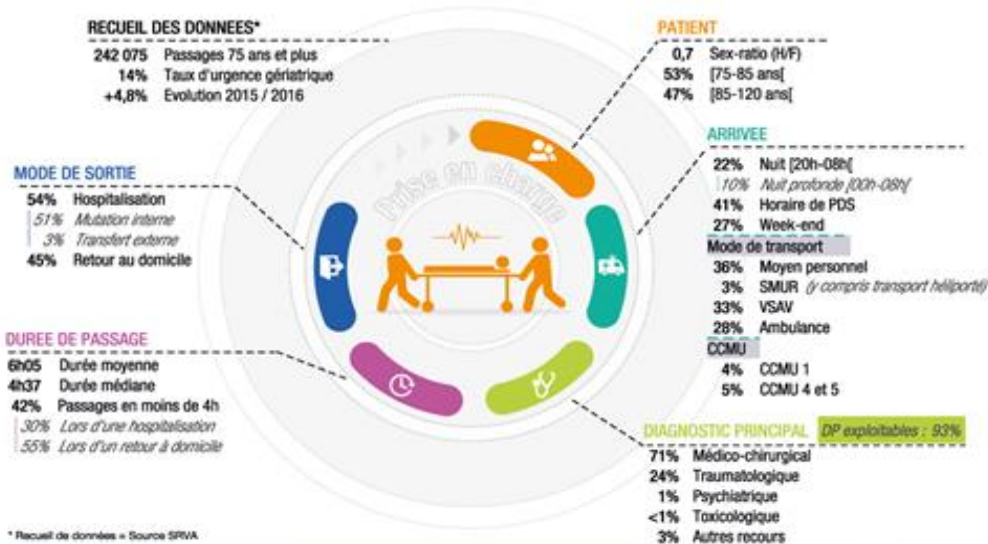
DONNÉES D'ACTIVITÉ «PANORAMA DES URGENCES 2016»³¹

Sur les 1 769 516 passages en 2016, la durée moyenne de passage est de 3h33. Le taux moyen d'hospitalisation après passage aux urgences est de 21%.

CHIFFRES-CLÉS DE L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE



CHIFFRES-CLÉS DE L'ACTIVITÉ GÉRIATRIQUE DES SERVICES D'URGENCE (75 ANS ET PLUS)



³¹ GIP e-santé – Oru Paca

Les passages des personnes âgées aux urgences représentent 14% des passages. La durée moyenne de passage est de 6h05. Le taux moyen d'hospitalisation des personnes âgées après passage aux urgences est élevé (54% versus 21% tous âges confondus).

ENJEUX

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ ET LA LISIBILITÉ DE L'OFFRE RÉGIONALE DE SOINS URGENTS

En fonction des plateaux techniques, et sur la base de la régulation médicale, rechercher une organisation territoriale graduée des structures prenant en charge les urgences (propositions du rapport Grall)³² dans 3 types de structure :

- **Des services d'urgence** : la plupart **territoriaux**, correspondant à la prise en charge des urgences communes et qui disposent d'un plateau technique adéquat et de spécialistes. Ces services correspondent le plus souvent aux services actuels à forte activité. Il faut également souligner un niveau de recours **régional** avec des services d'urgence qui auraient directement accès à des activités de recours spécialisées : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, etc....
- **Des antennes de service d'urgence**, dont l'ouverture serait de principe permanente mais avec des adaptations d'amplitudes possibles par dérogation de l'ARS (sous réserve d'évolution de la réglementation) Ces antennes doivent s'inscrire dans une relation formalisée avec les services d'urgence territoriaux et n'ont pas vocation à prendre en charge toutes les urgences, en fonction de leur plateau technique et de leur ressource médicale spécialisée. La télé imagerie doit être développée et constituer le socle du lien fonctionnel avec les services d'urgences territoriaux.
- **Des « centres de consultations de soins urgents »**, permettant d'adapter les organisations aux besoins. Ces centres labellisés par l'ARS, devront figurer dans le répertoire opérationnel des ressources. Dans le cadre du projet de territoire, les missions de ces structures, l'organisation des équipes seront précisées : type de patients pouvant y être accueillis en lien avec les SAMU et les réseaux des urgences.

AMÉLIORER L'ARTICULATION ENTRE LES URGENCES ET L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Le recours aux urgences pour des motifs de consultation relevant de l'offre de soins ambulatoires, notamment l'offre de premier recours est difficile à évaluer.

L'articulation entre médecine d'urgence et offre de soins ambulatoire ne se limite pas aux horaires de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA), mais également aux heures et jours ouvrables. La régulation médicale libérale présente en Paca au sein de chaque SAMU-Centres 15 est un des pivots du dispositif.

AMÉLIORER L'ARTICULATION SAMU-SDIS-TRANSPORTEURS SANITAIRES DANS LE RESPECT ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES MISSIONS DE CHACUN

Les SDIS apportent un appui au fonctionnement de l'aide médicale urgente, formalisé par des conventions SAMU-SDIS. Le maillage des centres d'incendie et de secours favorise cet appui.

Une articulation entre les SAMU et les Centres Opérationnels Départementaux d'Incendie et de Secours (CODIS) est également formalisée par convention. Des infirmiers « protocolés » viennent appuyer le dispositif de secours à la personne coordonné avec l'aide médicale urgente.

Le taux d'indisponibilités ambulancières est élevé en région Paca par rapport à la moyenne nationale. Cependant il est très différent selon les départements. L'information réciproque entre la régulation médicale et les services d'incendie et de secours, pourtant réglementaire, reste insuffisante pour garantir une bonne articulation entre le déclenchement des transports sanitaires privés et les services

³² Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence – Dr JY Grall – juillet 2015

d'incendie et de secours. Elle diminue de ce fait la performance de l'ensemble du dispositif même dans les zones urbanisées disposant de moyens de transports sanitaires privés importants

Si le cadre général de l'organisation est fixé par le PRS, l'ensemble des sujets, qui relèvent d'un niveau opérationnel entre les services, doit être traité par les comités de l'aide médicale urgente mis en place dans chaque département à la suite de l'instruction de juin 2015 sur le suivi du référentiel sur l'aide médicale urgente et le secours à personne,

La configuration des ces comités restreints, est adaptée aux discussions portant notamment sur la cohérence entre le SDACR et la déclinaison territorial du projet régional de santé, ainsi que sur l'ensemble des sujets relevant de la convention SAMU/SIS et notamment les indisponibilités ambulancières. S'ils fonctionnent régulièrement dans certains départements, il est nécessaire de les réactiver dans d'autres.

■ AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE L'UTILISATION DES MOYENS HÉLIPORTÉS

La région Paca dispose d'un nombre important d'hélicoptères (héliSMUR et d'hélicoptères d'état) qui permet de couvrir l'ensemble du territoire régional.

Cependant, pour en augmenter l'efficacité, il est indispensable d'en améliorer la coordination, ainsi que l'usage et l'évaluation.

■ ANTICIPER ET AMÉLIORER LA GESTION DES SITUATIONS DE TENSION HOSPITALIÈRES

La tension hospitalière est une situation de surcharge, de saturation, source d'engorgement et de désorganisation pouvant entraîner une altération de la qualité et de la sécurité des soins et une augmentation de la morbi-mortalité des patients hospitalisés après passage aux urgences. Il s'agit d'un enjeu de santé publique pris en compte à travers le plan « hôpital en tension » : élaboration dans chaque établissement accueillant les urgences d'un plan hôpital en tension adapté à chaque situation.

■ OPTIMISER LA RESSOURCE EN COMPÉTENCE DE MÉDECIN URGENTISTE

Les difficultés de recrutement de médecins urgentistes dans de nombreux établissements rendent incontournable le recours à l'intérim fragilisant le fonctionnement et la coordination des équipes et pouvant altérer la qualité des soins.

Ainsi, les activités des médecins urgentistes doivent être recentrées sur leurs missions propres afin d'améliorer l'attractivité du métier, d'adapter les effectifs à l'activité et l'organisation aux besoins.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Renforcer le lien entre le 1er recours et les services d'urgence.

OBJECTIF 2 : Rechercher une organisation territoriale graduée et coordonnée de l'accès aux soins urgents sur la base de la régulation médicale.

OBJECTIF 3 : Adapter la stratégie de prise en charge au niveau des territoires.

OBJECTIF 4 : Optimiser le recours aux SMUR terrestres et héliportés.

OBJECTIF 5 : Améliorer l'accès aux soins urgents pour la population à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence.

OBJECTIF 6 : Elaborer un plan hôpital en tension adaptée à chaque situation, dans les établissements accueillant les urgences et mettre en place une organisation permettant d'anticiper et de gérer les situations de tension.

OBJECTIF 7 : Optimiser les ressources médicales qualifiées.

OBJECTIF 8 : Améliorer le parcours de soins des publics spécifiques.

OBJECTIF 1 : Renforcer le lien entre le 1^{er} recours et les services d'urgence

- Poursuivre le développement des maisons médicales «de garde» à proximité des services d'urgence, élargir les plages en fonction des besoins et favoriser l'implication des établissements dans ce dispositif.
- Revoir dans certains territoires le rôle de la structure des urgences à faible activité en fonction de l'offre de soins de premier recours en place et du fonctionnement de la PDSA.
- Développer le recours au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) pour les professionnels libéraux souhaitant accéder directement aux plateaux techniques et aux avis spécialisés.

OBJECTIF 2 : Rechercher une organisation territoriale graduée et coordonnée de l'accès aux soins urgents sur la base de la régulation médicale

- Définir au niveau régional une gradation des services d'urgence, déclinée par territoire, en s'appuyant sur les plateaux techniques existant dans chaque établissement
- Prévoir l'évolution des services d'urgence à faible activité vers des centres de consultations de soins urgents
- Orienter les patients selon une «gradation des structures d'urgence en fonction des plateaux techniques» selon des filières spécifiques permettant de garantir une prise en charge en urgence adaptée : le «bon patient au bon endroit» : mise en œuvre des Bonnes pratiques régionales (AVC, traumatisés sévères...)

A cet effet, améliorer l'accès direct aux plateaux techniques lourds.

- o Réanimation et surveillance continue
- o Soins intensifs cardiologiques et cardiologie interventionnelle
- o Caisson hyperbare.
- o USI NV
- o Chirurgie de réimplantation
- o Embolisations artérielles périphériques
- o Syndromes infectieux nécessitant le recours à un avis ou une hospitalisation en service de référence
- o Neurochirurgie.

OBJECTIF 3 : Adapter la stratégie de prise en charge au niveau des territoires

- Compléter le réseau territorial de l'urgence par l'organisation des soins non programmés.
- Mettre en place des équipes d'urgentistes de territoire.
- Organiser le travail sur les sites d'urgence à faible activité au minimum dans le cadre d'une fédération médicale inter-hospitalière.
- Mettre en place des filières courtes, dans les services d'urgence à faible activité.

OBJECTIF 4 : Optimiser le recours aux SMUR terrestres et hélicoptérés

- Optimiser le recours au SMUR dans certaines zones éloignées et peu peuplées.
- Développer les Transports Infirmiers Inter-hospitaliers.
- Améliorer l'efficacité de l'utilisation des hélicoptères sanitaires et des hélicoptères d'Etat en s'appuyant, pour leur évaluation, sur les résultats de l'expérimentation en cours en lien avec la sécurité civile, la gendarmerie et l'Etat-major de la zone de défense.

OBJECTIF 5 : Améliorer l'accès aux soins urgents pour la population à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence

- Améliorer la complémentarité avec les services d'incendie et de secours dans le cadre des missions de chacun et rendre plus lisible la participation des personnels hospitaliers

- (médecins, IDE, CCA) au fonctionnement des SIS en tant que sapeurs-pompiers volontaires (signature de conventions).
- Améliorer la coordination dans le schéma régional de santé entre les dispositifs existants ou à promouvoir.
 - Développer dans les zones situées à plus de 30 minutes d'un SMUR, en lien avec les SAMU, des organisations alternatives : médecins correspondants de SAMU (MCS) en coordination avec les médecins sapeurs-pompiers volontaires (MSV). Harmoniser au niveau régional le dispositif de MCS (formation, rémunération, bilan d'activité...).
 - Prendre en compte dans l'organisation de l'Aide Médicale Urgente les véhicules de liaison infirmier (VLI) sur la base de principes généraux consensuels (positionnement proposé par le SDIS en accord avec le SAMU, modalités d'engagement, protocoles infirmiers de soins d'urgence rédigés validés par le chef de service du SAMU et le médecin chef du SDIS.

OBJECTIF 6 : Elaborer un plan hôpital en tension adaptée à chaque situation, dans les établissements accueillant les urgences et mettre en place une organisation permettant d'anticiper et de gérer les situations de tension (cf recommandations FEDORU 2016)

- Piloter les situations de tensions dans chaque établissement en s'appuyant sur un dispositif gradué en capacité de répondre au plus près aux caractéristiques de la tension.
- Organiser la veille : mettre en place un dispositif interne au sein de chaque établissement permettant de :
 - o connaître la vulnérabilité au quotidien par rapport à la tension ;
 - o assurer la détection précoce et le suivi d'une tension et guider les actions.
- Pour cela, élaborer un plan pour chaque catégorie de tension aux phases réactive, précoce, intermédiaire et pré plan blanc, à renseigner sur le portail régional de santé :
 - Tension "affluence" ;
 - Tension "par défaut de processus au sein des urgences" ;
 - Tension "carences de lits d'aval".

OBJECTIF 7 : Optimiser les ressources médicales qualifiées

- Améliorer la réponse aux besoins de soins urgents de la population et mieux gérer la ressource médicale en urgentistes.
- Prendre en compte les difficultés liées à la démographie médicale et à l'application du référentiel sur le temps de travail des urgentistes : l'organisation territoriale des urgences doit être un des éléments du projet médical partagé de chaque GHT.
- Proposer une stratégie d'évaluation des effectifs d'urgentistes à former.

OBJECTIF 8 : Améliorer le parcours de soins des publics spécifiques

- Améliorer le parcours de soins urgents des plus de 75 ans.
 - o limiter le recours aux urgences des personnes âgées en développant notamment des outils de prévention des hospitalisations (résumé médical, etc.), en favorisant l'hospitalisation directe appropriée et en transmettant les dossiers médicaux entre les différents acteurs.
 - o améliorer la procédure d'appel au centre 15 dans les Ehpad : élaborer une fiche commune d'appel au SAMU, permettant d'harmoniser les grilles d'observation et de mesures de paramètres vitaux nécessaires pour apprécier l'urgence de la situation et faciliter ainsi la communication avec le SAMU.
 - o améliorer le lien entre les services d'urgences et de gériatrie dans la prise en charge des patients âgés arrivant aux urgences.

- Organiser la gradation des urgences pédiatriques selon 3 types d'établissements :
 - ✓ **proximité : sans service de pédiatrie.**
 - Nécessité d'identifier un établissement de référence et / ou de recours.
 - Formaliser des protocoles de prise en charge médicaux et chirurgicaux.
 - Définir les modalités de prise en charge : limite d'âge, pathologies, type d'actes...
 - ✓ **Recours : avec service de pédiatrie.**
 - Notion de pédiatre référent.
 - Pour les urgences chirurgicales, différencier les établissements.
Sans chirurgie pédiatrique.
Avec chirurgie pédiatrique : centres de proximité, centres de recours, centres de référence.
 - ✓ **référence avec pédiatrie, chirurgie pédiatrique, réanimation pédiatrique.**
 - Accueil spécifique pédiatrique.
 - Prise en charge de toutes les urgences médicales et chirurgicales.
 - Établissement de recours pour A et B et de proximité pour le bassin de population.
 - Organisés pour la prise en charge des spécialités pédiatriques: pédiatrie médicale, chirurgie viscérale et orthopédique, réanimation, ARE, radiologie, AVC...

- Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques au sein des urgences générales : (principaux objectifs détaillés dans le volet santé mentale du PRS)
 - ✓ **Adapter l'offre à la demande**
 - Structurer une réponse permanente aux urgences psychiatriques au sein des services d'urgence adultes ou polyvalentes dépassant les 45 000 passages..
 - Renforcer la réponse au sein des urgences pédiatriques qui dépassent 35 000 passages.
 - ✓ **Préciser les missions des structures permanentes de prise en charge des urgences psychiatriques, en intégrant chaque fois que cela est possible.**
 - La mission de permanence et d'appui téléphonique pour le centre 15.
 - La mission de permanence et d'appui téléphonique pour la médecine de ville.
 - La mission d'accueil direct (sans passage par les urgences générales) pour les patients connus du dispositif psychiatrique.
 - ✓ **Optimiser les conditions d'accueil des patients psychiatriques** au sein des urgences générales et des structures permanentes de prise en charge des urgences psychiatriques.
 - Améliorer la régulation, les conditions de transport, l'accueil (filiale spécialisée) aux urgences des patients requérant des soins psychiatriques.
 - Améliorer l'accueil des patients nécessitant des soins psychiatriques au sein de la structure d'accueil des urgences (box pour la prise en charge des patients agités ; bureau de consultations pour les consultations psychiatriques).
 - Faciliter l'accès croisé des équipes aux éléments nécessaires des dossiers informatisés du patient, dossiers des équipes des urgences d'une part et des équipes de psychiatrie d'autre part, pour leur permettre de disposer d'une vision globale du patient.

3.4.16 MÉDECINE

La médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale. Elle comporte, le cas échéant des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique ou des actes techniques interventionnels utilisant l'imagerie médicale.

Le développement des maladies chroniques, le vieillissement de la population ainsi que les innovations et les questions de démographie médicale impactent directement cette activité

Notre système de santé et l'exercice de la médecine connaissent une profonde mutation. L'exercice de la médecine évolue vers une pratique qui est de plus en plus prédictive, préventive, personnalisée et participative, la médecine des « 4 P ». Les services de médecine doivent intégrer cette évolution dans leur pratique. C'est par une pratique réellement multi disciplinaire que le patient pourra être considéré comme un tout dans lequel toutes les fonctions interagissent.

Les établissements autorisés à pratiquer la discipline de médecine sont de taille et de niveau d'équipement variés allant de l'hôpital de proximité jusqu'aux services hospitalo-universitaires de CHU. Ils assurent, selon le besoin de prise en charge, des soins de proximité, le suivi régulier de pathologies chroniques, allant jusqu'à des actes

nécessitant des compétences humaines et technologiques hautement spécialisées (génomique, immunothérapie, thérapies cellulaires, nanomédecine) en passant par les soins palliatifs.

Les services de médecine, en particulier hospitalo-universitaires doivent s'impliquer activement dans la recherche en particulier sur les maladies chroniques.

En 2016, la région Paca compte 9 611 lits et 1 232 places (hors dialyse et chimiothérapie) de médecine (SAE 2016), pour la plupart dans des établissements publics de santé.

Le taux de recours standardisé en hospitalisation complète (HC) est de 82,26 séjours pour 1 000 habitants versus 83,71 au niveau national (source ATIH-2016) ce qui correspond à 441 431 séjours en HC

Le taux de recours standardisé en hospitalisation sans nuitée est de 29,78 séjours pour 1000 habitants versus 29,52 au niveau national (source ATIH-2016) ce qui correspond à 152 546 séjours en HP

L'ensemble des établissements et la présence de 2 CHU font que la région Paca dispose d'une couverture satisfaisante en termes quantitatif. Néanmoins, la lisibilité de l'ensemble et le repérage des différentes spécialités gagnera à être améliorée de façon à mieux évaluer la réponse apportée.

ENJEUX

■ L'ACCENTUATION DU VIRAGE AMBULATOIRE, LA PERTINENCE DES ACTES, AVEC EN COROLLAIRE LA PROMOTION DES BONNES PRATIQUES, L'EFFICIENCE ET L'ACCESSIBILITÉ

■ UNE OFFRE HOSPITALIERE EN MÉDECINE GRADUÉE EN FONCTION DES BESOINS DE PLATEAU TECHNIQUE ET DE COMPÉTENCES HUMAINES.

L'organisation de la médecine hospitalière a été structurée autour des grandes disciplines d'organes ou de fonctions : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie.... L'importance du recours à des équipements a rendu nécessaire la collaboration avec des spécialités de plateaux techniques d'imagerie, d'endoscopie ce qui morcelle la vision du parcours de prise en charge des différentes pathologies.

Cela rend nécessaire, à la fois une meilleure identification des filières et parcours de soins et en même temps une plus grande gradation des plateaux techniques et compétences humaines.

De plus, l'augmentation du recours aux actes techniques, à visée diagnostique ou thérapeutique, et les prises en charges pluridisciplinaires alliés aux progrès des pratiques, permettent un retour plus rapide à domicile, nécessitant moins de capacité d'hébergement à temps plein.

Dans le même temps les projections de démographie médicale montrent une évolution à la baisse des effectifs médicaux de certaines spécialités dont il faudra appréhender les conséquences en termes de besoin de formation, de délégation de tâches et d'organisation des services. .

Ces évolutions nécessitent une réflexion approfondie sur la gradation des plateaux techniques et les sites où sont réalisés des actes nécessitant le recours à l'anesthésie. Elles plaident pour un regroupement des activités complexes autour de plateaux techniques et d'équipements de plus en plus lourds dans lesquels exercent des professionnels de plus en plus « surspécialisés ».

De nouveaux modes d'organisation doivent être recherchés pour améliorer l'accès aux soins et garantir leur qualité. Ils reposent sur une mutualisation de plateaux techniques, une meilleure gestion des effectifs des différentes spécialités médicales à commencer par celle des internistes.

L'ensemble de ces considérations structureront l'organisation autour des axes de priorités suivants :

- la cartographie des filières et parcours de soins en commençant par quelques pathologies (AVC, maladies cardio-vasculaires...) ;
- le regroupement de plateaux techniques interventionnels ;
- l'accentuation du développement d'unités d'hospitalisation de jour de caractère multidisciplinaires ;
- le développement de l'HAD et l'amélioration de la couverture territoriale ;
- une meilleure articulation entre la médecine de ville, les services de médecine hospitaliers et les urgences ;
- une amélioration de l'intégration de la médecine hospitalière dans le parcours de soins en particulier pour les maladies chroniques et les personnes âgées, notamment par l'intégration d'un plan personnalisé de santé dans les comptes rendus de sortie ;
- une meilleure articulation avec le secteur médico-social permettant de faciliter le contact entre les équipes des établissements médico-sociaux et les équipes médicales hospitalières ;
- le développement de structure de coordination territoriale et l'organisation d'équipes mobiles adaptées aux besoins spécifiques ;
- la redéfinition de la place et du rôle de chaque « hôpital de proximité » en prenant en compte notamment son environnement et les liens avec ceux-ci, afin de constituer le point d'ancrage d'une offre de santé de proximité comprenant les soins de premier recours (MSP, centres de santé...) mais aussi de soins de suite et réadaptation ou médico-sociale ;
- une réflexion spécifique sur l'évolution des modalités de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Organiser une prise en charge polyvalente de proximité.

OBJECTIF 2 : Mutualiser les plateaux techniques médico-chirurgicaux et interventionnels.

OBJECTIF 3 : Garantir une offre de référence sur des sites hyperspécialisés.

OBJECTIF 4 : Inscrire pleinement l'activité de médecine dans le virage ambulatoire.

OBJECTIF 5 : Développer les hôpitaux de jour et les ouvrir sur la médecine de ville.

OBJECTIF 6 : Organiser des filières pour des populations spécifiques.

OBJECTIF 1 : Organiser une prise en charge polyvalente de proximité

La place de la médecine hospitalière dans les établissements de proximité doit être redéfinie.

La gradation des plateaux techniques et le maillage du territoire doivent amener les établissements périphériques à regrouper leurs compétences médicales autour d'une médecine interdisciplinaire. Il est important qu'il y soit développé une médecine polyvalente.

Le patient doit être au cœur d'une organisation, qui assure une prise en charge multidisciplinaire, à tous les stades de sa ou de ses pathologies, phase aiguë, suivi, surveillance en phase chronique ainsi que la prévention, l'éducation thérapeutique et la prise en charge éventuelle de sa dépendance.

OBJECTIF 2 : Mutualiser les plateaux techniques médico-chirurgicaux et interventionnels

Le plateau technique devient le lieu où se concentrent tous les modes de prises en charge complexes. L'organisation de l'activité de médecine dépend, comme la chirurgie, de l'appui de plateaux techniques d'imagerie, de laboratoire et de secteurs interventionnels.

Ce constat conduit à penser de façon nouvelle la mutualisation des plateaux techniques, des alternatives à l'hospitalisation complète, l'organisation des consultations hospitalières et l'articulation avec les structures d'urgence. Les modalités de réponses pédiatriques doivent faire l'objet d'une attention particulière car les besoins des enfants et adolescents nécessitent des réponses spécifiques.

Il apparaît nécessaire de développer les coopérations autour de plateaux techniques mutualisés et favoriser les regroupements d'activités pour faire face aux contraintes précitées.

OBJECTIF 3 : Consolider une offre de référence sur des sites hyperspécialisés

Ces derniers sont le lieu où doivent converger toutes les prises en charge de recours et d'expertise et l'ensemble des hyper spécialités.

Parmi celles-ci, la médecine interne, véritable médecine de synthèse, se caractérise par une approche globale du patient. Elle doit être présente à côté des autres spécialités (mission d'enseignement et de recherche).

Chaque fois qu'elle est présente dans un établissement, elle constitue une mission de recours. Ce recours est essentiel lorsque le malade nécessite une phase longue et coûteuse de diagnostic pour des affectations non explicites d'une souffrance d'organe.

OBJECTIF 4 : Inscrire pleinement l'activité de médecine dans le virage ambulatoire

Comme l'ensemble des autres activités de soins, la médecine est largement concernée par le virage ambulatoire.

Une meilleure intégration entre la ville et l'hôpital permettant une plus grande fluidité dans les modalités de prise en charge, la prise en compte des aspirations des patients et de leur entourage, est aujourd'hui indispensable. Elle conduira à réduire la durée des prises en charge qui nécessitent une hospitalisation conventionnelle, permettra par une prise en charge concertée plus rapide d'éviter les hospitalisations en urgence, permettra la prise en charge en une journée d'exams diagnostics complexes ou d'un traitement lourd ou encore en étroite relation avec le médecin traitant et l'équipe soignante du patient une prise en charge au domicile (ou son substitut) que ce soit avec le soutien d'équipes mobiles ou en hospitalisation à domicile

- **Développer les hôpitaux de jour et les ouvrir sur la médecine de ville.**

La demande des patients, la recherche d'une amélioration de l'efficacité par une meilleure adéquation entre le mode de prise en charge et le besoin objectif de soins, justifient le développement de l'hospitalisation de jour ou de nuit.

Cette modalité spécifique de prise en charge impose une étroite relation entre les équipes de ville et hospitalière. Elle doit répondre à des besoins spécifiques en conformité avec les recommandations de la HAS, des sociétés savantes et selon les modalités financières réglementairement définies.

L'optimisation de l'activité des hôpitaux de jour hospitaliers de médecine (hors endoscopies et hors chimiothérapies) pour répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques sera recherchée.

- **Mieux structurer les unités d'hospitalisation de jour en médecine dans le cadre d'un parcours de soin adapté en favorisant :**
 - le regroupement des unités sur des plateaux techniques spécialisés ;
 - la constitution d'équipes dédiées multidisciplinaires ;
 - l'accessibilité des plateaux techniques étoffés ;
 - le déploiement territorialisé des ressources (équipes de territoires, consultations avancées...).
- **Améliorer l'accessibilité des ressources de la médecine ambulatoire aux professionnels de ville et aux patients par la promotion des circuits les plus courts notamment par :**
 - l'accès direct des médecins de ville à l'hôpital de jour à partir d'une sélection de cas relevant des circuits identifiés et cartographiés ;
 - la participation des médecins libéraux à l'activité d'hospitalisation de jour en médecine ;
 - la mise en place d'un interlocuteur dédié au sein des HDJ.

OBJECTIF 5 : Assurer une prise en charge d'un haut niveau de sécurité et de qualité à travers le renforcement des outils et des compétences des acteurs

- L'élaboration de référentiels de prise en charge (recommandations HAS, sociétés savantes) sur la base d'un thésaurus par pathologie, portant sur l'ensemble de la chaîne des prises en charge destinées à être réalisées en hospitalisation complète, HDJ, HAD et en ville; Ces chemins cliniques pourront également faire l'objet de protocoles communs élaborés par le « réseau » de professionnels (dans le cadre d'enseignements post-universitaire-EPU et du développement professionnel continu-DPC).
- Le confortement de la mission de coordination médicale et des compétences des soignants.
- La généralisation de l'utilisation des ressources dématérialisées.
- L'amélioration du suivi des patients par la transmission du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant.

La viabilité médico-économique des hôpitaux de jour de médecine dépendra des termes organisationnels et financiers issus de la refonte de la future l'instruction frontière qui doit définir les prises en charge ambulatoire en médecine. Les recommandations, qui vont dans le sens d'un renforcement des HDJ de médecine, seraient à revoir en fonction des orientations de l'instruction, en particulier en matière d'articulation entre les prises en charge en externe et en ambulatoire.

OBJECTIF 6 : Organiser des filières pour des populations spécifiques

- **Une prise en charge des personnes âgées adaptée**

La filière gériatrique a pour finalité de permettre une fluidification du parcours de soins de la personne âgée en mobilisant l'ensemble des modalités de prise en charge sur un territoire.

Il est recommandé qu'une filière gériatrique comprenne les structures de soins suivantes :

- un court séjour gériatrique ;
- une équipe mobile territoriale gériatrique ;
- une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour ;
- consultation mémoire ;

- une ou plusieurs unités de soins de suite et de réadaptation adaptées aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) à temps complet ou en hôpital de jour avec au besoin une Unité cognitivo-comportementale ;
- un ou plusieurs soins de longue durée (SLD) redéfinis au sens de l'article 46 de la loi no 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale.

Cette filière doit être complètement inscrite dans l'offre de soins médico-sociale offerte aux personnes âgées dans ce territoire. Les coordinations elles-mêmes doivent s'inscrire dans un dispositif de coordination territorial qui dispose des outils de communication moderne avec l'ensemble de ces moyens spécifiques.

L'objectif de la filière est d'offrir :

- une palette de prises en charge spécifique en gériatrie, dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de la situation clinique et sociale de la personne âgée ;
- un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel la personne réside ou est hébergée, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée ;
- un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par l'état de santé afin d'éviter toute perte de chance, notamment du fait d'un passage contraint par une unité d'accueil des urgences hospitalières ;
- un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin d'assurer une continuité des soins optimale et de réduire le risque de ré-hospitalisation inutile ;
- une « ressource » dans le domaine gériatrique pour les acteurs de la ville et du médico-social permettant ainsi « d'infuser » une culture gériatrique auprès de l'ensemble des partenaires du parcours de la personne âgée.

Une filière de soins gériatriques doit organiser au niveau de son territoire d'implantation des partenariats avec l'hospitalisation à domicile, les Ehpad, les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile. Elle travaille en lien avec structures de coordination (CLIC, réseaux) et les plate- forme territoriales d'appui (PTA).

Les services de la filière gériatrique participeront aux plans d'action nationaux, plus particulièrement le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, au plan cancer et au plan maladies neurodégénératives 2014-2019.

- **Une prise en charge des enfants et des adolescents spécifique**

La prise en charge des enfants s'inscrit dans le cadre du parcours « Petite enfance, jeunes, jeunes adultes ».

Face à une pathologie pédiatrique, l'orientation vers une structure spécialisée dans la prise en charge des enfants ou adolescents (libérale ou hospitalière) sera privilégiée.

Lorsque cela n'est pas possible, les modalités d'appui et d'accès pédiatriques (conseil et avis spécialisés, recours, transfert, ...) doivent être protocolisées.

Les pédiatres doivent être impliqués dans les missions de prévention, dépistage et éducation pour la santé des enfants. La prise en charge pédiatrique est globale incluant le soin et les dimensions scolaire, sociale et familiale pour préserver l'avenir de l'enfant, son intégration dans son tissu social et ne pas obérer son développement intellectuel. La technicité des moyens nécessite de plus en plus une collaboration étroite avec les spécialités d'adultes autour de plateaux techniques partagés.

L'adolescence pose des problèmes particuliers en hospitalisation. Ces patients sont d'abord des malades à la période de l'adolescence avec tous les problèmes de refus de la maladie, notamment d'arrêt de traitement. La maladie et l'hospitalisation ne doivent pas être des obstacles au sentiment,

fort à cet âge, d'appartenance à un groupe d'identification lié lui aussi à l'âge. La prise en charge, médicale et psychosociale, devront donc évoluer pour prendre en compte les spécificités du suivi de l'adolescent qui n'est pas celui de l'enfant. De la même façon, l'adulte jeune ne trouve pas sa place dans les unités de médecine qu'elles soient polyvalentes ou spécialisées de plus en plus destinées aux soins de personnes âgées.

Une réponse spécifique à ces publics particuliers doit donc être recherchée d'autant que souvent les affections de l'enfant et de l'adulte se croisent à ces âges frontières

En 2016, la région Paca compte 683 lits et 111 places spécialisées en pédiatrie (*source SAE 2016*) réparties sur 20 sites.

Compte tenu de la spécificité des prises en charge pédiatriques, des équipements requis et des compétences humaines, une gradation des établissements permettrait d'apporter une réponse de qualité en proximité comme en expertise. 3 niveaux pourront être identifiés :

- Un niveau de référence et d'expertise : des services de pédiatrie de référence et d'expertise de niveau régional implantés au niveau des 2 villes sièges de CHU, disposant d'une structure d'urgence pédiatrique, de chirurgie pédiatrique et de cancérologie pédiatrique. Ils disposent des pédiatres en nombre suffisant pour organiser une garde pédiatrique indépendante de la néonatalogie, des surspécialités, d'une radiologie pédiatrique et d'une réanimation pédiatrique ainsi que des explorations fonctionnelles et laboratoires de référence nécessaires.
- Un niveau de recours : des services de pédiatrie de recours implantés dans les établissements disposant d'une unité de néonatalogie avec au minimum une activité de soins intensifs et une structure d'accueil d'urgences pédiatriques. Ils disposent d'une équipe de pédiatres leur permettant de mettre en place une garde pédiatrique.
- Un niveau de proximité : des activités de pédiatrie de proximité. Une astreinte pédiatrique doit permettre de répondre aux besoins.

La répartition des soins entre ces différents niveaux est à préciser dans le cadre d'activité de réseaux pour les principales sur spécialités pédiatriques et notamment une protocolisation des soins, une formations des acteurs de soins et des conventions de fonctionnement portant notamment sur le développement des sur spécialités par le biais de la formation ou de consultations avancées selon les cas.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Les établissements périphériques regroupent leurs compétences médicales autour d'une médecine interdisciplinaire.
- Les coopérations autour des plateaux techniques mutualisés sont développées.
- Les hôpitaux de jour sont développés et ouverts à la médecine de ville.
- Les unités d'hospitalisation de jour en médecine sont mieux structurées dans le cadre d'un parcours de soins adapté.
- La filière gériatrique est adaptée pour une meilleure prise en charge des personnes âgées.

3.4.17 PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (PDSSES)

La PDSSES est à différencier de la continuité des soins :

- la PDSSES est caractérisée par l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins d'urgence les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés ;
- la continuité des soins par contre se décrit comme l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci.

L'objectif essentiel de ce schéma est, tout en s'inscrivant dans la continuité du précédent, de mieux prendre en compte la gradation des soins et de contribuer ainsi à la prise en charge du patient sur le plateau technique le plus adapté. Il ne suffit pas que chaque établissement s'organise pour répondre aux besoins de continuité et de permanence des soins, il faut rechercher une organisation territoriale permettant de répondre aux

besoins de la population pour chaque spécialité médicale.

La permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien publics que privés. Ensemble, ces établissements doivent permettre de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normales, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les CPOM des établissements concernés.

Afin d'améliorer l'efficacité du dispositif, il convient d'éviter le maintien de permanences dès lors qu'elles ne sont pas nécessaires à la couverture des besoins de la population en soins spécialisés inopinés. Une permanence (garde ou astreinte) ne répond pas forcément au besoin de PDSSES mais son maintien peut se justifier en raison des besoins propres à un établissement. Elle n'a pas alors à être intégrée dans le dispositif de PDSSES puisqu'elle correspond à la mise en œuvre des obligations de continuité des soins que doivent assumer tous les établissements (leur financement est alors inclus dans les « tarifs des séjours » - GHS).

CONTEXTE

Bilan du SROS – PRS 1

Une adaptation importante de l'offre a été réalisée depuis le schéma initial (2012), par la mutualisation ou la suppression de lignes de PDSSES, mais également par la création, pour certaines activités à vocation régionale ou territoriale, de PDSSES inexistantes jusque-là.

NOMBRE DE LIGNES DE GARDES ET D'ASTREINTES

	2012	2017	Évolution en %	Taux de réalisation du schéma cible
Nbre lignes de gardes	163	145		100 %
<i>dont lignes de garde d'internes</i>	0	0	0	
<i>en CHU</i>	35	36	3 %	100 %
<i>en CH</i>	77.21	56	-27 %	100 %
<i>en ESPIC</i>	15	18	20 %	100 %
<i>en privé commercial</i>	36	35	-3 %	100 %
Nombre de lignes d'astreintes	600	387.75	-35 %	100 %
<i>en CHU</i>	119	82.55	-31 %	100 %
<i>en CH</i>	300.47	212.42	-29 %	100 %
<i>en ESPIC</i>	60	30.98	-48 %	100 %
<i>en privé commercial</i>	121	61.80	-49 %	100 %

NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANT A LA PDSES

	CHU	CH	ESPIC	Privé commercial	Total
Total des ES	2	29	7	29	67

Obligations réglementaires de PDSES

- Obligations consécutives à la participation au dispositif régional de PDS-ES.
 - Inscrire dans le CPOM de chaque établissement des engagements pris au titre de la PDSES en application du schéma dont les modalités opérationnelles devront figurer dans le ROR,
 - Evaluer l'activité réalisée aux horaires de PDSES selon les modalités définies dans le cahier des charges régional annuel de la PDSES,
 - Garantir pour cette mission de service public, l'accessibilité financière par une application stricte des tarifs opposables pour tout patient adressé par le SAMU, par une structure d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire.
 - En cas de carence de la PDSES dans une spécialité pour laquelle un besoin a été identifié, le directeur de l'agence régionale de santé ouvre une procédure d'appel à candidature. En cas d'appel d'offres infructueux, il désigne un ou plusieurs établissements chargés d'assurer cette PDSES (Modalités fixées par le décret 2016-1645 du 1er décembre 2016)
- Obligations consécutives aux conditions techniques de fonctionnement de la PDS-ES.

Pour certaines spécialités la PDSES est une des conditions de l'autorisation et donc imposée réglementairement.

ENJEUX

■ AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

- Optimiser l'organisation de la PDSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins, organisée à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées, en lien avec le réseau des urgences, et ce la nuit, le week-end et les jours fériés.
- Au niveau de chaque territoire, adopter un schéma territorial de la permanence des soins, coordonné au niveau du GHT dans le cadre du projet médical partagé, élaboré en cohérence avec le volet régional de la permanence des soins et prenant en compte l'ensemble des établissements participant à la PDSES.

■ AMÉLIORER LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE

- Dans le schéma territorial ou interterritorial pour certaines spécialités, identifier les besoins en intégrant la gradation des soins afin d'obtenir une prise en charge directe des patients sur le plateau technique le plus adapté à leur pathologie.

■ AMÉLIORER L'EFFICACITÉ

- Optimiser l'utilisation des ressources disponibles (médicales et financières) en évitant les redondances, en privilégiant les mutualisations entre établissements, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif,
- Eliminer les redondances entre établissements sur une même activité, afin d'éviter la mobilisation de ressources inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDSES.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

OBJECTIF 1 : Définir le besoin par spécialité.

OBJECTIF 2 : Conforter l'approche territoriale.

OBJECTIF 3 : Prendre en compte le volume de besoin.

OBJECTIF 4 : Elaborer un schéma cible.

OBJECTIF 1 : Définir le besoin par spécialité

L'approche qualitative permet d'aborder chaque spécialité sous l'angle d'un délai d'accès acceptable permettant de déterminer le besoin.

Si la réponse doit être immédiate, chaque fois que cela est envisageable, tout établissement qui accueille les urgences devra se doter, pour la spécialité concernée, d'une permanence de soins.

A l'opposé un certain nombre de spécialités ne relève jamais d'une permanence des soins hospitaliers mais toujours de la continuité des soins. Il s'agit de spécialités pour lesquelles les structures de prises en charge des urgences n'ont jamais recours. C'est notamment le cas de la médecine polyvalente et de la gériatrie. Pour ces spécialités, les médecins sont seulement appelés dans les services (de médecine ou de gériatrie) pour assurer, après une décision d'hospitalisation prise dans la structure d'accueil, la continuité des soins hospitaliers.

Tous les intermédiaires entre ces deux situations extrêmes sont possibles.

OBJECTIF 2 : Conforter l'approche territoriale

Cette définition du «délai acceptable» permet de déterminer le territoire de couverture acceptable pour une permanence des soins spécialisée.

Ce territoire peut donc :

- être limité à l'établissement lui-même lorsqu'aucun déplacement du malade n'est possible, en raison de sa gravité potentielle. Dans ce cas, seule une permanence partagée pour plusieurs établissements recevant des urgences dans cette agglomération est envisageable (déplacement du praticien auprès du malade non déplaçable) ;
- correspondre à un périmètre de la taille d'une agglomération lorsque le déplacement du patient est possible dans un délai compatible avec l'étendue de l'agglomération ;
- correspondre à la taille d'un territoire plus vaste encore, lorsque le délai est moins contraint mais relève encore le la PDS-ES ;
- correspondre à la région elle-même.

C'est le cas notamment pour les spécialités définies dans les SIOS (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuro radiologie interventionnelle, grands brûlés...)

C'est aussi le cas pour les spécialités, relevant de la télémédecine car ne nécessitent pas de contact direct entre le patient et le professionnel mais pour lesquelles un avis spécialisé à distance reste indispensable à une réponse adaptée au dispositif de permanence des soins.

OBJECTIF 3 : Prendre en compte le volume de besoin

Chaque spécialité induit un volume très spécifique d'activité pendant les nuits et les fins de semaines, aux horaires de permanence des soins.

Il faut donc analyser la zone territoriale en fonction du volume d'activité qu'il induit pour chaque spécialité. Par exemple les activités de chirurgie orthopédique et viscérale sont très significatives dans

les établissements recevant des urgences et en particulier dans les établissements publics de santé accueillant les urgences. C'est en particulier le cas dans les plus grosses agglomérations qui sont pourtant celles dans lesquelles les délais d'accès à la spécialité seraient le plus souvent compatibles avec une mutualisation des équipes de PDS-ES.

Il faut également ajuster, dans chaque territoire identifié, le nombre de permanences retenu en fonction du volume d'activité généré. Si l'activité est supérieure au potentiel réalisable par une équipe, alors il faut introduire une deuxième, voire plusieurs permanences complémentaires pour répondre aux besoins de la zone concernée.

OBJECTIF 4 : Élaborer un schéma cible

L'élaboration du projet cible d'organisation de la PDSES repose donc sur :

- les caractéristiques du territoire : géo-démographiques, offre de soins et niveau du plateau technique de chaque établissement ;
- Le bilan et l'analyse des permanences existantes (nombre de « lignes » par spécialité, localisations, activité...);
- L'analyse qualitative des recours à la PDSES.

Le schéma de la PDSES répond de fait à trois types de situations :

- PDSES liée à une obligation réglementaire et découlant d'une autorisation (réanimation, cardiologie interventionnelle...);
- PDSES non réglementaire mais répondant à la continuité d'aval des structures d'urgences (permanences en chirurgie et anesthésie, en gastroentérologie, cardiologie, pneumologie, neurologie, ...) et à ce titre indispensable ;
- PDSES non réglementaire, mais indispensables à l'échelle régionale car répondant aux besoins de l'ensemble de la région, notamment pour des activités de références (radiologie interventionnelle périphérique, infectiologie...).

Suivi et évaluation de la mise en œuvre du cahier des charges

Les principes d'organisation des PDSES par spécialité dans chaque territoire figurent dans le cahier des charges de la PDSES.

Ce cahier des charges est revu annuellement. Les évolutions peuvent concerner :

- toutes les formes de mutualisation de la PDSES entre les établissements, dès lors qu'elles répondent aux objectifs du projet régional de santé; elles constituent en effet une priorité majeure pour l'ARS ;
- les évolutions réglementaires et techniques ;
- les modifications de l'organisation des soins dans un territoire ;
- les créations de nouvelles PDSES prévues dans le PRS ;
- les autres créations de PDSES.

Lorsqu'un établissement considère qu'il contribue à la permanence des soins hospitaliers pour une ou plusieurs des activités non encore identifiées dans le dispositif, mais inscrite(s) dans le Répertoire opérationnel des ressources, il devra procéder au recueil prospectif de l'activité réalisée dans le cadre d'une activité réalisée en établissement de santé, et ce pendant une période significative. L'ARS vérifiera *a posteriori* la légitimité de cette demande.

Principes généraux par spécialité

Tableaux pages suivantes

Spécialités	Stratégie régionale	PDSES
Anatomie et cytologie pathologiques	PDSES pour les activités de greffes non financées par le forfait greffes	Reconnues dans les deux établissements autorisés aux greffes
Anesthésie-réanimation adulte	Chaque site disposant d'une PDSES pour une activité chirurgicale ou obstétricale devra disposer d'une PDSES d'anesthésie	Dans tous les sites retenus pour une activité chirurgicale ou obstétricale
Anesthésie-réanimation pédiatrique	Elles sont présentes dans les unités de chirurgie pédiatriques	Dans tous les sites retenus pour une activité de chirurgie pédiatrique
Cardiologie	Il est souhaitable que toute structure d'urgences puisse faire appel à un cardiologue. Cette spécialité doit être prise en charge dans le cadre des complémentarités et être traitée en recourant à la télé-médecine	Dans les agglomérations importantes distantes d'un plateau technique de cardiologie interventionnelle
Cardiologie : Electrophysiologie et Rythmologie	Compte tenu du très faible besoin de recours à la PDSES pour l'activité d'électrophysiologie, elles sont reconnues sur les sites de deux CHU	Marseille (2) Nice (1)
Cardiologie interventionnelle	Les PDSES sont réglementaires sur tous les sites autorisés à la pratique de l'angioplastie coronaire	Elles sont exclusives sur chaque site autorisé
Chirurgie infantile	Les PDSES sont présentes dans les unités de chirurgie pédiatriques	Marseille (3), Avignon (1), Nice (1)
Chirurgie thoracique	Ces PDSES doivent pouvoir être mises en place dans les sites de références et de recours pour cette spécialité (Aix-en-Provence, Avignon, Marseille, Nice et Toulon). Cette problématique régionale devra s'adapter aux difficultés de recrutement	Aix (1), Marseille (2), Toulon (1), Avignon (1), Nice (1)
Chirurgie cardiaque	Les PDSES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS	Marseille (3), Nice (1)

Spécialités	Stratégie régionale	PDSES
Chirurgie de la main	Les PDSES concernant les deux établissements hospitalo-universitaires garantissant l'accès à la chirurgie de réimplantation 24H/24. Une permanence de week-end peut se justifier sur les autres sites	Marseille (1), Nice (1)
Chirurgie orthopédiques et traumatologie	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées. Le dispositif actuel apparait encore excessif par rapport aux besoins. Une équipe chirurgicale peut sous réserve des limites liées au volume d'activité, prendre en charge les besoins chirurgicaux d'une agglomération urbaine, la solution alternative consiste en un partage de la PDSES entre les différents établissements de l'agglomération	Dans toutes les agglomérations comportant plusieurs sites d'urgences, la mutualisation doit être confortée.
Chirurgie plastique et reconstructrice	Les PDSES sont indispensables sur les sites de références, deux établissements hospitalo-universitaires. Ces permanences pourront si nécessaire être communes avec celle mise en place sur ces deux structures avec la chirurgie de la main	Nice et Marseille
Chirurgie urologique	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées dans les établissements de recours pour cette spécialité (Aix-en-Provence, Avignon, Marseille, Nice, Toulon et Gap)	Aix-en-Provence, Avignon, Marseille (2), Nice, Toulon, Cannes/Grasse, Fréjus
Chirurgie vasculaire	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées dans les établissements de recours : Aix-en Provence, Avignon, Marseille, Nice et Toulon	Aix-en-Provence, Avignon, Marseille (2), Nice, Toulon
Chirurgie viscérale et digestive	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées. Le dispositif actuel apparait excessif par rapport aux besoins. Une équipe chirurgicale peut, sous réserve des limites liées au volume d'activité, prendre en charge les besoins chirurgicaux d'une agglomération urbaine, la solution alternative consiste en un partage de la PDSES entre les différents établissements de l'agglomération	Dans toutes les agglomérations comportant plusieurs sites d'urgences, la mutualisation doit être confortée
Endocrinologie	Cette spécialité n'induit pas à priori une obligation de PDSES	Pas de PDSES
Gastro-entérologie et hépatologie	Garantir qu'une équipe soit disponible pour répondre au besoin en endoscopie (au moins dans chaque territoire)	Le nombre de sites sera fonction du volume d'activité et de la situation géographique

Spécialités	Stratégie régionale	PDSES
Gériatrie	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins	Pas de PDSES
Grands brûlés	Les PDSES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS	Réglementaires
Gynécologie-obstétrique	Les permanences sont fixées réglementairement en fonction du volume d'accouchements	Réglementaires
Infectiologie	Cette activité requiert une astreinte régionale, permettant le recours à distance à des avis hautement spécialisés, notamment pour les pathologies émergentes. Une astreinte territoriale dans les établissements de référence peut être envisagée pour les pathologies plus courantes	Une astreinte régionale (IHU)
Médecine	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins	Pas de PDSES
Médecine légale	La permanence répond à une organisation régionale répondant à des objectifs spécifiques. Elle est l'objet d'un financement propre. Elle est donc hors champ de la PDSES	Relève du schéma de la médecine légale
Médecine vasculaire-Angiologie	Cette activité ne justifie pas, compte-tenu de la fréquence des sollicitations nécessaires, de mise en place de PDSES	Pas de PDSES
Néonatalogie	Ces permanences sont définies réglementairement en fonction du niveau de soins requis. Elles relèvent de la PDSES en raison de leur obligation de réponse à la demande territoriale	Réglementaires
Néphrologie-hémodialyse	En urgence, la prise en charge des patients est assurée en réanimation. La prise en charge en soirée relève de l'organisation des centres et de la continuité des soins	
Spécialités	Stratégie régionale	PDSES
Neuro radiologie interventionnelle	Les PDSES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS	Réglementaires

Neurochirurgie	Les PDSSES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS. Les astreintes régionales recourront également à la télé-médecine en neurochirurgie	Réglementaires
Neurologie	La politique régionale est de prioriser les permanences de soins en neurologie sur les unités Neuro Vasculaire (UNV) qui nécessitent de préférence une garde sur place	
Ophthalmologie	Il est indispensable de disposer d'une réponse de haute spécialité dans les établissements hospitalo-universitaires répondant 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année aux besoins de l'ensemble de la région. Une PDSSES doit également être mise en place au minimum dans chaque territoire.	
ORL et chirurgie maxilo-cervico-faciale	Il est souhaitable que toutes structures d'urgence puissent accéder à l'expertise d'un ORL dans chaque territoire notamment les week-end et jours fériés. Il est par ailleurs nécessaire d'organiser une PDSSES en chirurgie maxillo-faciale dans les établissements hospitalo-universitaires	
Oxygénothérapie hyperbare	Garantir une PDSSES sur trois sites (Marseille, Nice et Toulon)	Marseille, Nice, Toulon
Pédiatrie	La permanence est réglementaire dans les sites disposant d'une maternité. Par ailleurs, des surspécialités pédiatriques sont nécessaires dans les deux hôpitaux pédiatriques	Réglementaires + deux hôpitaux pédiatriques
Pneumologie	Le recours en urgences à la PDSSES de pneumologie est rare et peut justifier la reconnaissance d'une permanence par territoire, sauf sur les sites où existe 1 USI de pneumologie	Gap, Marseille, Nice, Avignon, Toulon
Psychiatrie	Ces permanences relèvent actuellement d'un financement spécifique (inclus dans la DAF). Toutefois leur identification reste indispensable	
Radiodiagnostic et imagerie médicale	L'accès à l'imagerie est obligatoire dans tous les établissements de santé disposant d'un service d'urgence (sur place ou par télé-médecine). L'objectif régional est de favoriser l'accès 24 heures sur 24 aux examens d'échographie (urgences), de scanner (urgences) et d'IRM (neurovasculaire). L'implication de tous les professionnels, y compris libéraux est indispensable	Dans tous les sites d'urgence
Radiologie interventionnelle périphérique	La priorité régionale est de garantir l'accès à cette discipline, au minimum, sur les quatre sites suivants : Marseille, Nice, Toulon, Avignon	Marseille, Nice, Toulon, Avignon
Spécialités	Stratégie régionale	PDSSES
Réanimation adulte	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires

Réanimation néonatale	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires
Réanimation pédiatrique	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires
Stomatologie et chirurgie dentaire-odontologie	La PDSES peut s'appuyer sur une organisation régionale. Pour les besoins de proximité l'organisation pourra s'articuler avec la PDS libérale	Aix-Marseille, Toulon, Avignon, Nice
Surveillance continue pédiatrique	Ces astreintes peuvent être communes avec celles des unités de soins intensifs de néonatalogie	Réglementaire si réanimation pédiatrique sur le site. Les PDSES des unités sans réanimation pédiatrique sur le site sont communes avec les SI de néonatalogie
UNV (Unité Neuro Vasculaire)	Concentrer les permanences de neurologues sur les unités neuro vasculaires (UNV) qui imposent une permanence de préférence en garde sur place. L'accès à l'IRM 24 Heures sur 24 est indispensable sur ces sites	Réglementaires
USC (Unité de Surveillance Continue)	L'astreinte n'est pas réglementairement spécifique de ces unités. Elle peut être partagée avec la (ou les) astreintes d'autres spécialités (ARE, urgentistes formés) présentes dans l'établissement en fonction du volume d'activité chirurgicale et de la dimension de l'unité	Réglementaires
USI (Unité de Soins Intensifs)	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires
USIC (Unité de Soins Intensifs Cardologiques)	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires

PARTIE 4

DÉFINIR LES OBJECTIFS D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SANTÉ

- 1/ CONSÉQUENCES SUR L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX
- 2/ ACTIVITÉS DE SOINS ET ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

4. DÉFINIR LES OBJECTIFS D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SANTÉ

4.1 CONSÉQUENCES SUR L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX

Les objectifs ci-dessous répondent aux ambitions suivantes, en cohérence avec les parties 1 et 2 du présent Schéma régional de santé :

- mieux intégrer l'offre médico-sociale dans l'offre de santé et rompre l'isolement ;
- accompagner le virage ambulatoire des établissements et services médico-sociaux et des établissements de santé, «vers une société inclusive» et prévenir les ruptures de parcours.

4.1.1 OFFRE MÉDICO-SOCIALE À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

4.1.1.1 L'offre médico-sociale PA PH doit s'intégrer sur un territoire en complémentarité des ressources de santé existantes dans une logique de parcours, de réponses graduées et coordonnées

Ne pourront alors rester sur des territoires plus excentrés que les ESMS « connectés » à d'autres établissements qu'ils soient médico-sociaux ou sanitaires.

Aucun ESMS ne doit être isolé y compris géographiquement. D'où l'incitation forte à procéder à des rapprochements/fusions. L'objectif est de parvenir à une charte régionale du regroupement d'ici deux ans.

Les coopérations sont fortement encouragées. Tous les ESMS devront avoir conclu des conventions avec un ou des établissements de santé du territoire.

Les SSIAD PA exerçant sur une même zone devront avoir conclu des conventions de coopérations entre eux et avec l'offre libérale.

La télémédecine : pour pallier la rareté de la ressource médicale ainsi que pour assurer un meilleur confort dans la prise en charge des personnes âgées, l'objectif est que 20% des EHPAD soient équipés pour recourir à la téléconsultation

La fonction ressources dans le secteur PH : Développement des fonctions ressources dans chaque département afin d'offrir une expertise aux autres ESMS du territoire selon un modèle «d'entreprise apprenante».

4.1.1.2 L'offre médico-sociale doit résolument prendre le virage inclusif

L'augmentation de la part de services dans l'offre globale existante : l'objectif de transformation de l'offre sur le secteur PH doit permettre d'atteindre un objectif de 50% de la part de services dans l'offre globale de la région (actuellement de 34%).

Pour optimiser la prise en charge, le principe d'un fonctionnement en file active (plutôt qu'en places) sera généralisé à tous les services médico-sociaux PH (Sessad et Samsah)

Sur le secteur PA, une révision des agréments des Ssiad permettra un meilleur maillage du territoire, mesuré notamment par un taux d'activité d'au moins 75% et un niveau de dépendance des patients pris en charge qui sera fixé dans les Cpom à venir.

Parallèlement, une extension de l'amplitude horaire des Ssiad (plus tôt le matin et plus tard le soir) favorisera le maintien à domicile. 10% des Ssiad devront offrir cette modalité.

Le maintien à domicile des personnes âgées suppose que les structures de répit soient optimisées dans leur fonctionnement : les accueils de jour ainsi que les hébergements temporaires devront atteindre un taux d'activité de 75% (actuellement la moyenne est de seulement 50%).

Pour l'ensemble de ces structures de répit et pour les SSIAD, l'un des critères de révision des agréments portera sur le taux d'occupation, avec un seuil à 25%.

Le virage inclusif au bénéfice des personnes âgées nécessite la mise en place de nouvelles réponses telles le relayage ou l'Ehpad hors les murs. Chaque département bénéficiera d'une à 3 modalités de ce type.

Au bénéfice des personnes en situation de handicap psychique, au moins un projet d'habitat inclusif par département sera accompagné.

L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap est un axe majeur du PRS : l'externalisation des unités d'enseignement doit être conduite en lien avec l'Education nationale. Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 80% au terme du présent PRS.

Le virage inclusif concerne également l'insertion professionnelle : l'accompagnement vers le milieu ordinaire des adultes en ESAT devra concerner 10% des personnes accueillies.

4.1.1.3 Garantir la continuité et la qualité des parcours

Le nombre de jeunes adultes maintenus « en aménagement Creton » doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Les instructions nationales invitent les ARS à réduire à moins de 20% par an le nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfant, sur la durée du présent schéma.

La garantie de la continuité du parcours impose que des structures de répit puissent prendre le relais lorsque la situation le justifie. Dans chaque département, une organisation concertée entre les ESMS sera mise en place pour offrir des temps de répit. Dès 2018, les départements 06 et 13 bénéficieront de moyens pour augmenter l'amplitude horaire des IME au profit d'une offre de ce type.

Les hébergements temporaire pour PH, notamment en ce qu'ils participent à l'offre de répit, devront atteindre un taux d'activité de 90%.

Les Pôles de Compétence et de prestations externalisées (PCPE) seront mis en place dans chaque département pour accompagner les personnes en situation de handicap à domicile ou lors d'une transition dans leur parcours.

La prise en charge spécifique des personnes handicapées vieillissantes sera soutenue au travers de projets portés conjointement par les deux secteurs PA et PH notamment au travers d'unité en EHPAD bénéficiant du concours d'une équipe formée à la prise en charge du handicap.

La qualité de la prise en charge en Ehpad requiert un ratio d'encadrement minimum qui sera fixé dans tous les Cpom à venir.

Pour éviter une éventuelle rupture de parcours à l'adolescence, les agréments d'âge des ESMS accueillant des enfants et adolescents seront révisés.

L'amplitude d'ouverture des ESMS PH pour enfants ne devra pas être inférieure à 210 jours.

4.1.2 OFFRE MÉDICO-SOCIALE À DESTINATION DES PERSONNES EN DIFFICULTÉ SPÉCIFIQUE

L'évolution de l'offre médico-sociale à destination des personnes en difficulté spécifique contribue à la construction de parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins et d'accompagnement mieux structurée et diversifiée.

4.1.2.1 Objectifs communs d'évolution du dispositif médico-social en addictologie

Améliorer l'information et la communication de tous les dispositifs existants sur les territoires de la région.

Améliorer la cohérence et la fluidité des parcours de santé avec un accompagnement adapté, personnalisé et de qualité.

Intégrer la prise en compte des nouvelles addictions en proposant des accompagnements, des prises en charge adaptées répondant à des besoins nouveaux mal connus ou mal pris en compte.

Poursuivre le soutien aux actions innovantes et aux expérimentations.

Renforcer la coordination et la formation des acteurs non spécialistes en contact avec les jeunes.

Renforcer les compétences des professionnels, développer et consolider une culture commune.

Participer à un système de vigilance et d'alerte (addictovigilance) afin de favoriser les signalements et de recevoir les retours d'information, d'expérience pour améliorer les pratiques (qualité des soins et de la prise en charge, sécurité sanitaire).

- **Les CSAPA « Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie »**

Améliorer et compléter la structuration de l'offre en organisant la mission de prévention dans l'intégralité des 31 CSAPA avec l'adossement d'une offre de référence en prévention des conduites addictives portée par des CSAPA « support » d'ores et déjà engagés dans des programmations validées probantes de prévention

Déployer une offre de CJC dans tous les CSAPA :

- en labellisant l'offre existante répondant aux missions dévolues ;
- en complétant la couverture territoriale, et en confortant leur fonction pivot concernant l'intervention précoce pour les usages problématiques ;
- en diversifiant les modalités de réponses avec des équipes mobiles, des consultations avancées « hors les murs » à implanter dans tous les lieux fréquentés par les jeunes ;
- en généralisant le repérage des consommations problématiques et l'orientation par les professionnels non spécialistes (professionnels de santé, professionnels de premier recours...) pour initier l'accompagnement et le soin le plus précocement possible.

Identifier les nouveaux publics régulièrement et développer l'aller vers via le numérique (P2.0)

Prioriser le déploiement des dispositifs « hors les murs » afin d'apporter et/ ou de renforcer les réponses de prise en charge de proximité, en priorité en milieu rural, périurbain ou de montagne.

Développer une offre de consultations avancées de CSAPA pour renforcer l'accessibilité à l'évaluation (diagnostic des consommations) sur tout le territoire, et réduire les délais d'entrée dans les dispositifs spécialisés.

- **Les CAARUD «Centres d'Accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues»**

Rendre intégralement effective la politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) réaffirmée dans la loi du 26 janvier 2016 et améliorer la couverture territoriale en réduisant les inégalités d'accès et de services.

Améliorer l'accessibilité de l'offre en RDRD y compris en détention, pour les publics éloignés (géographiquement et socialement) et/ou nouveaux en développant notamment un service individualisé de RDRD à distance (par voie postale, internet, applications mobiles).

Poursuivre l'effort de diversification de l'offre en RDRD en élargissant à tous les produits : tabac, cannabis, alcool, NPS, et sans substance...,

Diversifier les modalités de réponse en développant « l'aller vers » notamment par les équipes de proximité sur les territoires non desservis. Développer l'utilisation de nouveaux outils et des nouveaux référentiels de RDRD

Intégrer la démarche expérimentale nationale de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque).

Poursuivre l'intégration systématique de la représentation des usagers dans les groupes de travail dédiés à la RDRD.

Déployer des outils et dispositifs de médiation de RDRD et d'accès aux soins alternatifs tel que TAPAJ, *Working First* (médiation par l'emploi) et un chez soi d'abord (médiation logement).

4.1.2.2 Objectifs d'évolution des dispositifs de santé dédiés aux publics précaires confrontés à des difficultés très spécifiques

En matière de développement de l'offre en LHSS, LAM et ACT, donner la priorité aux territoires les moins bien pourvus, croisant le taux d'équipement global, les besoins identifiés, les indicateurs de défavorisation sociale, voire des indicateurs spécifiques à chaque dispositif.

Appartements de coordination thérapeutique (ACT) : 266 places installées en 2017

- Diversifier les modalités de l'offre en expérimentant l'offre d'ACT à domicile,
- Répertorier la diversité des prestations et des publics pris en charge, augmenter la visibilité en articulation avec les PTA
- Inscrire l'offre des ACT dans le parcours de santé des personnes,
- Développer le volet insertion

Lits halte soins Santé LHSS (133) et **Lits d'accueil médicalisés (LAM)** 38, en lien avec les résultats de l'enquête nationale en cours).

- Développer l'offre en priorisant les territoires dépourvus
- Améliorer l'accessibilité à ces dispositifs des personnes en situation de vulnérabilité en proposant une prise en charge médico-sociale adaptée, dans le cadre d'un parcours coordonné de santé et de vie.

4.2 ACTIVITÉS DE SOINS ET ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

Cette partie permet de décliner les orientations développées dans le présent schéma en termes d'objectifs quantifiés de l'offre de soins pour les activités de soins et les équipements matériels lourds qui en relèvent.

L'organisation territoriale de ces activités et équipements vise à répondre au mieux aux besoins de la population de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Leur répartition est définie sur des zones préalablement arrêtées par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (arrêté n° 2017PRS08-47 du 3 octobre 2017). Ces zones correspondent aux six départements composant la région.

Les activités de soins concernées sont les suivantes :

- médecine ;
- chirurgie ;
- gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- psychiatrie ;
- soins de suite et de réadaptation ;
- soins de longue durée ;
- médecine d'urgence ;
- réanimation ;
- traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- traitement du cancer.

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie :

- activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal ;
- examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Et les équipements matériels lourds sont les suivants :

- caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- scanographe à utilisation médicale ;
- cyclotron à utilisation médicale ;
- caisson hyperbare.

4.2.1 MÉDECINE

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité de médecine ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise en charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité de médecine est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction d'un site sur le territoire. Cette suppression se traduit par :

- la transformation d'un site à faible activité en établissement médico-social. La réponse aux besoins de la population concernée peut être prise en charge par d'autres établissements du territoire de santé.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

ALPES-MARITIMES

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction d'un site sur le territoire. Cette suppression se traduit par :

- un regroupement d'activité de médecine géographiquement proche permettant de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins en médecine.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction de quatre sites sur le territoire. Ces suppressions se traduisent par :

- trois regroupements d'activités de médecine géographiquement proches permettant de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins en médecine à la population concernée ;

- suppression d'un site d'activité de médecine spécialisée à faible activité suite à sa reconversion en structure médico-sociale permettant une meilleure adéquation de l'activité à la prise en charge effectivement réalisée ;
- création d'une implantation de médecine pour répondre aux besoins de prise en charge de patients très dépendants et nécessitant une prise en charge lourde.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction d'un site sur le territoire. Cette suppression se traduit par :

- la suppression d'un site à faible activité suite à sa transformation en établissement médico-social. La réponse aux besoins de la population concernée pouvant être prise en charge par d'autres établissements du territoire de santé.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de médecine			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Médecine	7	7
Hautes-Alpes	Médecine	6	5
Alpes-Maritimes	Médecine	23	22
Bouches-du-Rhône	Médecine	41*	38*
Var	Médecine	17*	17*
Vaucluse	Médecine	13	12
Total région		107	101

*dont hôpital d'instruction des armées.

4.2.2 CHIRURGIE

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soin sur la période de cinq années. Les évolutions inscrites ci-après doivent se comprendre comme l'objectif qui sera à atteindre progressivement sur cette période.

Lorsqu'il est géographiquement possible, pour des raisons de sécurité des patients mais également pour faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, le regroupement de plateaux techniques à faible activité est préconisé.

La structure juridique de chacun de ces regroupements permettra de répondre de manière optimale à l'organisation de cette nouvelle coopération.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité de chirurgie est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ;

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

L'organisation d'une activité de chirurgie répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à la suppression de deux sites sur ce territoire.

Ces suppressions se traduisent par :

- un regroupement d'activités globales de chirurgie géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité ;
- une suppression d'activité de chirurgie ambulatoire à faible activité, sur un territoire disposant d'une offre très importante, permettant néanmoins de répondre aux besoins de la population. Cette évolution répond aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

L'organisation d'une activité de chirurgie répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à la suppression de trois sites sur ce territoire.

Ces suppressions se traduisent par :

- trois regroupements d'activités globales de chirurgie géographiquement proches devront s'effectuer, permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisations précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Création d'un site de chirurgie ambulatoire pour un établissement déjà titulaire d'une autorisation de chirurgie en hospitalisation complète.

VAUCLUSE

- Création d'un site de chirurgie d'hospitalisation à temps partiel pour un établissement pratiquant exclusivement une activité de chirurgie du cancer.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Territoire de santé	Activité	Activité de chirurgie			
		Implantations 2018		Implantations 2023	
		Hospitalisation complète	Chirurgie ambulatoire	Hospitalisation complète	Chirurgie ambulatoire
Alpes-de-Haute-Provence	Chirurgie	3	3	3	3
Hautes-Alpes	Chirurgie	3	3	3	3
Alpes-Maritimes	Chirurgie	19	19	18	17
Bouches-du-Rhône	Chirurgie	35*	36*	32*	33*
Var	Chirurgie	18*	17*	18*	18*
Vaucluse	Chirurgie	12	11	12	12
Total région		90	89	86	86

*dont hôpital d'instruction des armées.

4.2.3 GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts. Dans ce cas de figure, et pour répondre à un besoin de proximité avéré de la population du territoire concerné, un centre périnatal de proximité pourra être créé.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Conduite d'une mission d'expertise sur un établissement disposant d'une activité de gynéco-obstétrique à faible volume afin de définir les modalités permettant de garantir le maintien d'une prise en charge sécurisée de soins de qualité pour les femmes et les enfants du territoire d'attractivité de cet établissement

La raréfaction de la ressource médicale, la nécessité d'offrir une prise en charge sécurisée de soins de qualité conduit à envisager le regroupement d'une activité de gynécologie-obstétrique sur un établissement géographiquement proche et disposant d'une activité de néonatalogie avec soins intensifs.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activités de soins de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Centre périnatal de proximité	0	0
	Total de centres périnataux de proximité	0	0
	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	2	2
Hautes-Alpes	Centre périnatal de proximité	1	1
	Total de centres périnataux de proximité	1	1
	Gynécologie obstétrique	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	2	2
Alpes-Maritimes	Centre périnatal de proximité	1	1
	Total de centres périnataux de proximité	1	1
	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	3	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	7	7

Bouches-du-Rhône	Centre périnatal de proximité	0	0
	Total de centres périnataux de proximité	0	0
	Gynécologie obstétrique	4	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	4	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	3	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	2	2
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	13	13
Var	Centre périnatal de proximité	1	1
	Total de centres périnataux de proximité	1	1
	Gynécologie obstétrique	4	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	7	6
Vaucluse	Centre périnatal de proximité	2	2
	Total de centres périnataux de proximité	2	2
	Gynécologie obstétrique	4	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	6	6
Total régional de centres périnataux de proximité		5	5
Total régional des implantations d'activité de gynécologie obstétrique		37	36

4.2.4 PSYCHIATRIE

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences de qualité, de sécurité, de proximité et de continuité des soins décrits notamment dans le présent schéma.

Lorsque le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous, le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé permet de répondre aux besoins de la population concernée et est sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Concernant l'hospitalisation à temps plein, en raison du taux d'équipement actuel (125 lits pour 100 000 habitants de plus de 18 ans en Paca versus 106 en France métropolitaine selon la SAE 2015) et de la priorité donnée aux modes de prise en charge alternatifs au temps plein (temps partiel et ambulatoire), il n'est pas envisagé d'implantation supplémentaire de novo.

L'implantation de nouveaux sites d'hospitalisation temps plein sur des établissements disposant d'un service d'urgence et non dotés à ce jour d'hospitalisation temps plein en psychiatrie se fera par transfert partiel de l'activité des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ceci doit permettre de répondre à une logique de soins de proximité et de renforcement du maillage territorial.

Concernant le développement de l'hospitalisation à temps partiel de jour, il s'inscrit dans l'objectif d'une prise en charge de proximité, insérée dans la cité, permettant à la personne présentant un trouble psychique grave de résider chez elle tout en bénéficiant de soins individuels et de groupe d'une intensité comparable à ceux de l'hospitalisation temps plein. Comme pour l'hospitalisation temps plein, les structures sont invitées à contrôler leur durée moyenne annuelle de prise en charge pour éviter l'écueil de l'institutionnalisation. L'hospitalisation temps partiel de jour sera implantée de façon préférentielle au plus près de la demande de soins, hors les murs de l'hôpital.

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de jour supplémentaires seront à envisager, par un établissement de santé autorisé pour l'activité de psychiatrie temps plein et en alternative à cette activité, pour répondre à une logique de prise en charge en filière (temps plein/temps partiel/ambulatoire) et dans les cas de figure suivant :

- par externalisation et insertion dans la cité des hôpitaux de jour situés au sein des établissements de santé;
- par création de nouveaux sites au sein des territoires de proximité appelés secteurs de psychiatrie (article L3221-4 du Code de santé publique) dans un objectif de renforcement des dispositifs sectoriels quand ce type d'équipement fait défaut ou couvre insuffisamment le territoire ou de mise en place de dispositifs intersectoriels dans un objectif de spécialisation de l'offre (par exemple en psychiatrie du sujet âgé) pour les territoires de proximité déjà équipés d'une offre polyvalente ;
- par création de nouveaux sites pour compléter les équipements d'hospitalisation temps plein existants pour les établissements non dotés de ce type d'équipement et par redéploiement partiel d'activité d'hospitalisation temps plein.

Concernant le développement de l'hospitalisation à temps partiel de nuit, il s'inscrit dans l'objectif de l'accompagnement d'une personne présentant un trouble psychique grave de mener des démarches de réhabilitation-réinsertion tout en bénéficiant de soins d'une intensité comparable à l'hospitalisation temps plein. Comme pour l'hospitalisation temps plein, les structures sont invitées à

contrôler leur durée moyenne annuelle de prise en charge pour éviter l'écueil de l'institutionnalisation. L'activité peut être déployée au sein des lits d'hospitalisation temps plein avec un projet de soins qui s'adapte au patient en termes d'horaires de prise en charge et de compétences à mobiliser.

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit supplémentaires seront à envisager, par un établissement de santé autorisé pour l'activité de psychiatrie temps plein et ne disposant pas d'autorisation pour cette activité, pour répondre à une logique de prise en charge en filière (temps plein/temps partiel/ambulatoire).

Concernant les modalités d'hospitalisation en temps complet en dehors du temps plein, chaque établissement de psychiatrie assurant la mission de service public de secteur et qui ne dispose pas d'autorisation d'Appartement Thérapeutique et/ou de Placement Familial Thérapeutique, pourra solliciter une autorisation de ce type d'activité.

Concernant les centres d'accueil permanent, ils sont autorisés par l'activité du service des urgences dans lesquels ils sont implantés et sont distincts des centres de crise autorisés dans le cadre du présent schéma.

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Concernant l'hospitalisation à temps plein, en raison du taux d'équipement actuel (15/100 000 habitants <18 ans en Paca versus 16/100 000 habitants <18 ans en France métropolitaine – SAE 2015) et des déficits en capacité d'hospitalisation temps plein pour la prise en charge des adolescents identifiés au niveau national dans de nombreux rapports, il est envisagé des équipements supplémentaires en renforcement des dispositifs existants.

Dans une logique de prise en charge en filière des adolescents, l'implantation de nouveaux sites d'hospitalisation temps plein est prévue sur des établissements disposant d'un service d'urgence, en milieu urbain densément peuplé (pour répondre aux enjeux démographiques) et lorsque le taux d'équipement est en dessous de la moyenne régionale.

Concernant le développement de l'hospitalisation à temps partiel de jour, il s'inscrit dans l'objectif d'une prise en charge de proximité, insérée dans la cité, permettant à l'enfant ou l'adolescent présentant un trouble psychique grave de résider chez lui tout en bénéficiant de soins individuels et de groupe d'une intensité comparable à ceux de l'hospitalisation temps plein. L'hospitalisation temps partiel de jour sera implantée de façon préférentielle soit sur le lieu du site d'hospitalisation temps plein pour adolescents soit au plus près de la demande de soins et hors les murs de l'hôpital.

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de jour supplémentaires seront à envisager, par un établissement de santé autorisé pour l'activité de psychiatrie infanto-juvénile, pour répondre à une logique de prise en charge en filière et dans les cas de figure suivant :

- par externalisation et insertion dans la cité des hôpitaux de jour situés au sein des établissements de santé;
- par création de nouveaux sites au sein des territoires de proximité appelés intersecteurs de psychiatrie (article L3221-4 du Code de santé publique) dans un objectif de renforcement des dispositifs sectoriels quand ce type d'équipement fait défaut ou couvre insuffisamment le territoire ou dans un objectif de spécialisation de l'offre (par exemple pour l'accueil des adolescents) pour les territoires de proximité déjà équipés d'une offre dévolue à un autre segment (exemple les enfants) ;
- par création de nouveaux sites pour compléter les équipements d'hospitalisation temps plein existants pour les établissements disposant d'une autorisation d'hospitalisation temps plein et non dotés de ce type d'équipement.

Concernant le développement de l'hospitalisation à temps partiel de nuit, il s'inscrit dans l'objectif d'accompagnement d'un adolescent présentant un trouble psychique grave pour maintenir son insertion sociale (en particulier scolarisation) tout en bénéficiant de soins d'une intensité comparable à l'hospitalisation temps plein. L'activité peut être déployée au sein des lits d'hospitalisation temps plein avec un projet de soins qui s'adapte au patient en termes d'horaires de prise en charge et de compétences à mobiliser.

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit supplémentaires seront à envisager, par un établissement de santé autorisé pour l'activité de psychiatrie temps plein et ne disposant pas d'autorisation pour cette activité, pour répondre à une logique de prise en charge en filière (temps plein/temps partiel/ambulatoire).

Concernant les modalités d'hospitalisation en temps complet en dehors du temps plein, chaque établissement de psychiatrie assurant la mission de service public de secteur et qui ne dispose pas d'autorisation de Placement Familial Thérapeutique, pourra solliciter une autorisation de ce type d'activité.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ci-après.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Psychiatrie générale

Hospitalisation temps plein

- Création d'une implantation par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel

- Création de deux sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Psychiatrie infanto-juvénile

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour sur un pôle urbain dépourvu de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- Renforcement de la collaboration avec les établissements de santé autorisés pour l'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile des Hautes-Alpes et du Nord des Bouches-du-Rhône pour la prise en charge des adolescents.
- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

HAUTES-ALPES

Psychiatrie générale

Hospitalisation temps plein

- Conduite d'une mission d'expertise sur un établissement autorisé en psychiatrie afin d'examiner, entre l'hypothèse du maintien sur site ou d'un transfert partiel, les conditions d'une organisation de l'activité apportant la meilleure prise en charge possible de la population du territoire.

Hospitalisation à temps partiel

- Création de deux sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- Création de deux sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique

- Création d'une autorisation.

Psychiatrie infanto-juvénile

- Renforcement de la collaboration avec l'intersecteur de pédopsychiatrie des Alpes-de-Haute-Provence pour l'hospitalisation temps plein des adolescents.
- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour sur un pôle urbain dépourvu de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- Création de deux sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

ALPES-MARITIMES

Psychiatrie générale

Hospitalisation temps plein

- Création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel

- Création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- Création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique

- Création de quatre autorisations.

Appartements thérapeutiques

- Création de trois autorisations.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation à temps partiel

- Création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de jour sur des pôles urbains dépourvus de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique

- Création de trois autorisations.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire prend en compte l'offre proposée par cet établissement.

Psychiatrie générale

Hospitalisation temps plein

- Suppression d'une implantation d'hospitalisation temps plein destinée à la prise en charge des détenus
- Suppression d'un site suite à sa reconversion en structure médico-sociale permettant une meilleure adéquation de la prise en charge des patients à leurs besoins de soins.

Hospitalisation à temps partiel

- Création de dix sites d'hospitalisation à temps partiel de jour
- Création de treize sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique

- Création d'une autorisation.

Appartements thérapeutiques

- Création de quatre autorisations.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation temps plein

- Renforcement de la collaboration des établissements de santé autorisés pour l'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile du Nord des Bouches-du-Rhône avec l'intersecteur de pédopsychiatrie des Alpes-de-Haute-Provence pour la prise en charge des adolescents.
- Création d'un site d'hospitalisation temps plein sur un établissement disposant d'un service d'urgence et en milieu urbain densément peuplé.

Hospitalisation à temps partiel

- Création de six sites d'hospitalisation à temps partiel de jour sur des pôles urbains dépourvus ou insuffisamment pourvus de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- Création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique

- Création de 3 autorisations.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire prend en compte l'offre proposée par cet établissement.

Psychiatrie générale

Hospitalisation temps plein

- Création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel

- Création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- Création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique

- Création de trois autorisations.

Appartements thérapeutiques

- Création de trois autorisations.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation à temps partiel

- Création de trois sites d'hospitalisation à temps partiel de jour sur des pôles urbains dépourvus de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- Création de trois sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique

- Création d'une autorisation

VAUCLUSE

Psychiatrie générale

Hospitalisation temps plein

- Création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel

- Création de cinq sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- Création de trois sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation à temps partiel

- Création de quatre sites d'hospitalisation à temps partiel de jour sur des pôles urbains dépourvus de Cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de psychiatrie

307/

Territoire de Santé	Activité	Implantations 2018						Implantations 2023					
		Hospitalisation temps plein	Hospitalisation TP jour	Hospitalisation TP nuit	Placement familiale thérapeutique	Appartements thérapeutiques	Centre de crise	Hospitalisation temps plein	Hospitalisation TP jour	Hospitalisation TP nuit	Placement familiale thérapeutique	Appartements thérapeutiques	Centre de crise
Alpes-de-Haute-Provence	Psychiatrie générale	1	5	1	1	1	0	2	7	2	1	1	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	0	4	0	1		0	0	5	1	1		0
Hautes-Alpes	Psychiatrie générale	3	5	2	1	2	0	3	7	4	2	2	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	2	4	0	1		0	2	5	2	1		0
Alpes-Maritimes	Psychiatrie générale	10	20	4	1	2	0	11	27	11	5	5	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	2	8	1	0		0	2	15	2	3		0
Bouches-du-Rhône	Psychiatrie générale	25*	41	10	5	2	1	23*	51	23	6	6	1
	Psychiatrie infanto-juvénile	7	20	1	3		0	8	26	8	6		0
Var	Psychiatrie générale	12*	17	6	1	1	0	13*	24	13	4	4	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	3	9	0	2		0	3	12	3	3		0
Vaucluse	Psychiatrie générale	3	17	1	1	1	0	4	22	4	1	1	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	1	8	0	1		0	1	12	1	1		0
Total région de sites autorisés en psychiatrie générale		54	105	24	10	9	1	56	138	57	19	19	1
Total région de sites autorisés en psychiatrie générale infanto-juvénile		15	53	2	8	0	0	16	75	17	15	0	0

4.2.5 SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

L'adaptation et la complémentarité de l'offre de soins en soins de suite et réadaptation s'inscrit dans les recommandations précédemment décrits en matière d'organisation de la filière de soins afin de répondre aux besoins de population concernée sur le territoire correspondant.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE ADULTE

L'organisation d'une activité de soins de suite et réadaptation répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à la suppression d'un site.

Cette suppression se traduit par :

- suppression d'un site par transfert d'activité d'hospitalisation à temps complet sur un établissement géographiquement proche d'un territoire contigu.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite :

- la création d'un site d'activité d'hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de création de nouveau site d'activité de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections de l'appareil locomoteur.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE ADULTE

L'organisation d'une activité de soins de suite et réadaptation spécialisée dans la prise des affections cardiovasculaires répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à :

- la suppression de la mention spécialisée dans la prise en charge des affections cardiovasculaires dans un établissement disposant d'autres autorisations de SSR en hospitalisation à temps partiel de jour.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant le transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée.

Affections de l'appareil locomoteur

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de l'appareil locomoteur

HAUTES-ALPES

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE ADULTE

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de deux sites :

Ces suppressions se traduisent par :

- transformation d'un site à faible activité d'hospitalisation à temps complet en établissement médico-social
- suppression d'un site d'activité d'hospitalisation à temps complet d'un établissement ne répondant pas à un besoin de proximité du territoire par regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet de deux établissements géographiquement proches.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite :

- la création de deux sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de création de nouveaux sites d'activité de prise en charge spécialisé d'hospitalisation à temps partiel pour les affections respiratoires et celles liées aux conduites addictives.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE ADULTE

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant le transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée.

Affections respiratoires

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de l'appareil respiratoire.

Affections liées aux conduites addictives

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections liées aux conduites addictives.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE JUVÉNILE

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de deux sites :

Ces suppressions se traduisent par :

- la suppression d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet, par regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet de deux établissements géographiquement proches, le besoin local de la population ne justifiant pas le maintien de trois sites d'activité sur ce territoire ;

- la suppression d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet suite à sa reconversion en structure médico-sociale.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE JUVÉNILE

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de deux sites.

Ces suppressions se traduisent par :

[Affections respiratoires]

- suppression d'un site d'activité de prise en charge spécialisée en affections respiratoires en hospitalisation à temps complet par regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet de deux établissements géographiquement proches, le besoin local de la population ne justifiant pas le maintien de trois sites d'activité sur ce territoire ;
- suppression d'un site d'activité de prise en charge spécialisée en affections respiratoires en hospitalisation à temps complet suite à sa reconversion en structure médico-sociale

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

ALPES-MARITIMES

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE ADULTE

L'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite la création de :

- un site d'activité d'hospitalisation à temps complet par transfert d'une activité d'un établissement géographiquement proche d'un territoire contigu ;
- six sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de création de nouveaux sites d'activité de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections respiratoires, les affections cardio-vasculaires, les affections liées aux conduites addictives et celles de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE ADULTE

Maintien de l'ensemble des sites d'activité de prise en charge spécialisée en hospitalisation à temps complet.

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant le transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée et en favorisant les territoires facilement accessibles et à forte densité de population.

Affections cardio-vasculaires

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections cardio-vasculaires et à proximité d'un établissement disposant d'un plateau technique spécialisé de cardiologie.

Affections respiratoires

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections respiratoires. Pour répondre au mieux aux besoins de la population notamment d'accessibilité, ce site devra se localiser sur un territoire à forte densité de population.

Affections liées aux conduites addictives

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections liées aux conduites addictives. Pour répondre au mieux aux besoins de la population notamment d'accessibilité, ce site devra se localiser sur un territoire à forte densité de population.

Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

- Création de trois sites activité en hospitalisation à temps partiel sur des établissements disposant d'une filière de gériatrie et disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Les localisations de ces trois implantations devront permettre une couverture harmonieuse du territoire.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE JUVÉNILE

Maintien de l'ensemble des sites d'activité de prise en charge spécialisée en hospitalisation à temps complet.

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite :

- création de deux sites d'activité hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections du système nerveux et les affections de l'appareil locomoteur.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE JUVÉNILE

Affections de l'appareil locomoteur

- Création d'un site d'activité d'hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation pour la prise en charge juvénile dans le cadre d'une filière pédiatrique. Pour répondre au mieux aux besoins de la population notamment d'accessibilité, ce site devra se localiser sur un territoire à forte densité de population.

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité d'hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation pour la prise en charge juvénile dans le cadre d'une filière pédiatrique. Pour répondre au mieux aux besoins de la population notamment d'accessibilité, ce site devra se localiser sur un territoire à forte densité de population.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire prend en compte l'offre proposée par cet établissement.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE ADULTE

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de trois sites.

Ces suppressions se traduisent par

- suppression de deux sites à faible activité d'hospitalisation à temps complet sur un territoire urbain largement couvert ;
- suppression d'un site d'hospitalisation à temps partiel par conversion d'activité dans une autre activité de soins.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite la création de :

- neuf sites d'activité hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance, affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, affections liées aux conduites addictives et les affections cardiovasculaires.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE ADULTE

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression d'un site.

Cette suppression se traduit par :

[Affections de l'appareil locomoteur]

- suppression d'un site d'activité d'hospitalisation à temps complet par regroupement de plateaux techniques.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

[Affections onco-hématologiques]

- Création d'un site d'hospitalisation à temps plein sur un établissement disposant d'une autorisation de soins de suite et réadaptation et accueillant des patients relevant d'une prise en charge spécifique onco-hématologique dans le cadre d'une filière déjà existante.

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant le transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée, en favorisant les territoires facilement accessibles et à forte densité de population .

[Affections de l'appareil locomoteur]

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de l'appareil locomoteur.

[Affection du système nerveux]

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections du système nerveux.

[Affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens]

- Création de deux sites d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien.

[Affection liées aux conduites addictives]

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections liées aux conduites addictives.

[Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance]

- Création de trois sites d'activité en hospitalisation à temps partiel sur des établissements disposant d'un plateau technique de gériatrie aigue et disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Les localisations de ces trois implantations devront permettre une couverture harmonieuse du territoire.

[Affections cardio-vasculaires]

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections cardio-vasculaires et en coopération avec un établissement du territoire proche et disposant d'un plateau technique spécialisé de cardiologie.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE JUVÉNILE _____

Maintien de la situation actuelle.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE JUVÉNILE _____

Maintien de la situation actuelle.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE ENFANT (MOINS DE 6 ANS) _____

Maintien de la situation actuelle

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE ENFANT (MOINS DE 6 ANS) _____

Maintien de la situation actuelle.

VAR

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE ADULTE

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression d'un site.

Cette suppression se traduit par

- suppression d'un site d'activité par regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet et d'hospitalisation à temps partiel de deux établissements.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite la création de :

- deux sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE ADULTE

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant le transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée et en favorisant les territoires facilement accessibles et à forte densité de population .

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation pour répondre à des besoins spécifiques de patients nécessitant une prise en charge sanitaire complexe.

Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

- Création d'un site d'activité en hospitalisation complète sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et de réadaptation dont l'activité s'inscrit dans une filière gériatrique et dans une zone géographique où l'offre de prise en charge de la personne âgée polypathologique est la moins abondante
- Création de deux sites d'activité en hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant d'une filière gériatrique et déjà titulaire d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Il sera privilégié la localisation en zone urbaine.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE JUVÉNILE

Maintien de l'existant.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE JUVÉNILE

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation, pour une prise en charge juvénile, pour répondre à des besoins spécifiques de patients nécessitant une prise en charge sanitaire complexe.

Affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation, pour une prise en charge juvénile, pour répondre à des besoins spécifiques de patients nécessitant une prise en charge sanitaire complexe.

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE ENFANT (MOINS DE 6 ANS) _____

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression d'un site :

Cette suppression se traduit par :

- suppression d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet, suite à sa conversion en structure médico-sociale permettant une meilleure adéquation de l'activité à la prise en charge effectivement réalisée.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE ENFANT (MOINS DE 6 ANS) _____

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation, pour une prise en charge d'enfants de moins de 6 ans afin de répondre à des besoins spécifiques de patients nécessitant une prise en charge sanitaire complexe.

Affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation, pour une prise en charge des enfants de moins de 6 ans, , pour répondre à des besoins spécifiques de patients et nécessitant une prise en charge sanitaire complexe.

VAUCLUSE

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION - PRISE EN CHARGE ADULTE _____

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de deux sites.

Ces suppressions se traduisent par

- suppression de 2 sites d'activité par regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet. Chaque regroupement se fera avec un établissement géographiquement proche.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Par ailleurs, pour répondre à un besoin spécifique de la population en matière de prise en charge des affections liées aux conduites addictives, il est prévu la création d'un site supplémentaire en hospitalisation à temps complet et à temps partiel .

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite la création de :

- trois sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance, les affections respiratoires et les affections du système nerveux.

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE - PRISE EN CHARGE ADULTE

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant le transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée et en favorisant les territoires facilement accessibles et à forte densité de population .

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation dans le cadre d'un projet médical de territoire, en privilégiant une zone du territoire éloignée d'une offre existante en prise en charge des affections du système nerveux.

Affections respiratoires

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections respiratoires.

Affections liées aux conduites addictives

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel dans un établissement à proximité réalisant des sevrages et en coopération avec celui-ci.

Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance

- Création d'un site activité en hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de la personne âgée polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance et d'une filière gériatrique sur un territoire urbain à forte densité de population.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de soins de suite et réadaptation Adultes					
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018		Implantations 2023	
		hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour
Alpes de Haute Provence	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte	12	3	11	4
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	3	2	3	3
	Affections cardio-vasculaires	0	1	0	0
	Affections du système nerveux	1	0	1	0
	Affections respiratoires	0	1	0	1
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	1	0	1
	Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
	Affections des brûlés	0	0	0	0
	Affections liées aux conduites addictives	0	0	0	0
Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	0	2	0	
Hautes Alpes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte	11	3	9	5
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	2	2	2	2
	Affections cardio-vasculaires	1	2	1	2
	Affections du système nerveux	1	1	1	1
	Affections respiratoires	2	1	2	2
	Affections des systèmes digestifs métabolique et endocrinien	1	1	1	1
	Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
	Affections des brûlés	0	0	0	0
	Affections liées aux conduites addictives	1	0	1	1
Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	0	3	0	
Alpes-Maritimes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte	32	9	33	15
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	5	6	5	6
	Affections cardio-vasculaires	2	1	2	2
	Affections du système nerveux	3	4	3	4
	Affections respiratoires	1	0	1	1
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	2	2	2	2
	Affections onco-hématologiques	1	0	1	0
	Affections des brûlés	0	0	0	0
	Affections liées aux conduites addictives	1	0	1	1
Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à	9	0	9	3	

	risque de dépendance					
Bouches-du-Rhône	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte	52*	26*	50*	34*	
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	15*	15*	15*	16*
		Affections cardio-vasculaires	6*	6*	6*	7*
		Affections du système nerveux	9*	8*	9*	9*
		Affections respiratoires	3*	3*	3*	3*
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	5	4	5	6
		Affections onco-hématologiques	1	0	2	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	2	1	2	2
		Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	14	0	14	3
Var	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte	24	14	23	16	
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	5	7	5	7
		Affections cardio-vasculaires	2	3	2	3
		Affections du système nerveux	4	4	5	5
		Affections respiratoires	1	1	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	1	1	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	1	1	1	1
		Affections liées aux conduites addictives	1	1	1	1
		Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	8	0	9	2
Vaucluse	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte	16	5	15	9	
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	4	4	4	4
		Affections cardio-vasculaires	1	1	1	1
		Affections du système nerveux	2	2	3	3
		Affections respiratoires	1	0	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	0	0	1	1
		Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	6	0	6	1

* dont Hôpital d'instruction des armées

Activité de soins de suite et réadaptation Juvénile (de plus de 6 ans - moins de 18 ans)					
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018		Implantations 2023	
		hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour
Alpes-de-Haute-Provence	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	0	1	0	1
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	1	0	1
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	0	0	0
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Hautes-Alpes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	3	1	1	1
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	0	0	0
	Affections respiratoires	3	1	1	1
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Alpes-Maritimes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	2	2	2	4
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	1
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	0	0	1
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	1	1	1
Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Bouches-du-Rhône	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	2	4	2	4
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	1	2	1	2
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	1	2	1	2
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	2	1	2
Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Var	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	4	4	4	4

	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	1	0	1	0
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	2	1	3	2
		Affections respiratoires	1	1	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	1	2	2
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	1	1	1	1
Vaucluse	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents		0	0	0	0
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	0
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0

Activité de soins de suite et réadaptation Enfant (moins de 6 ans)

Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
---------------------	----------	--------------------	--------------------

		hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour	
Alpes-de-Haute-Provence	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants	0	0	0	0	
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	0
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
Affections des brûlés	0	0	0	0		
Hautes Alpes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	0	0	0	0	
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	0
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
Affections des brûlés	0	0	0	0		
Alpes-Maritimes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants	0	0	0	0	
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	0
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
Affections des brûlés	0	0	0	0		
Bouches-du-Rhône	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants	1	2	1	2	
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	1	0	1
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	1	0	1
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	1	1	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
Affections des brûlés	0	0	0	0		
Var	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants	4	3	3	3	
	charg	Affections de l'appareil locomoteur	1	1	1	1
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0

		Affections du système nerveux	1	0	2	1	
		Affections respiratoires	1	1	1	1	
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	1	
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	
		Affections des brûlés	1	1	1	1	
Vaucluse		Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants	0	0	0	0	
	dont prise en charge spécialisée		Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
			Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
			Affections du système nerveux	0	0	0	0
			Affections respiratoires	0	0	0	0
			Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
			Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
	Affections des brûlés	0	0	0	0		

4.2.6 SOINS DE LONGUE DURÉE

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité de l'USLD ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité de médecine est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Création d'un site d'activité de soins de longue durée. La localisation de cette implantation devra permettre une couverture harmonieuse du territoire.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Création d'un site d'activité de soins de longue durée. La localisation de cette implantation devra permettre une couverture harmonieuse du territoire.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de soins de longue durée			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	soins de longue durée	2	2
Hautes-Alpes	soins de longue durée	4	4
Alpes-Maritimes	soins de longue durée	9	10
Bouches-du-Rhône	soins de longue durée	13	14
Var	soins de longue durée	11	11
Vaucluse	soins de longue durée	6	6
Total Région		45	47

4.2.7 MÉDECINE D'URGENCE

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Un changement d'implantation géographique d'une activité de structure d'urgence ne peut être accordé sur une zone géographique dont le besoin est suffisamment couvert.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Service d'aide médicale urgente (SAMU)

- Mutualisation nocturne des centres de réception et de régulation des appels (CRRA – centre 15) entre les deux territoires des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes.

Structure des urgences

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

- Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Mutualisation nocturne des centres de réception et de régulation des appels (CRRA – centre 15) entre les deux territoires des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes.

Structure des urgences

- Une structure à faible activité doit s'inscrire dans une coopération étroite avec une structure à plus forte activité avec laquelle une coopération est déjà en place sur plusieurs activités. Le fonctionnement de cette structure devra être organisé en lien avec la médecine libérale et l'établissement siège de SAMU. Cette structure devra évoluer vers un centre de consultations et de soins urgents.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

- Création d'une antenne de SMUR saisonnier.

ALPES-MARITIMES

Service d'aide médicale urgente (SAMU)

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

- Transformation d'une antenne de SMUR existante en structure mobile d'urgence et de réanimation.

Structure des urgences pédiatriques

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons (SMUR Pédiatrique)

- Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Service d'aide médicale urgente (SAMU)

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

- Création d'une structure mobile d'urgence et de réanimation sur une zone interdépartementale à forte progression démographique.

Structure des urgences pédiatriques

- L'accueil des urgences adultes et pédiatriques étant, dans les quatre cas, sur un même site, l'autorisation de structure des urgences pédiatriques est devenue sans objet. L'organisation spécifique d'une prise en charge pédiatrique n'en est pas modifiée.

Structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons (SMUR Pédiatrique)

- Maintien de la situation actuelle.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Service d'aide médicale urgente (SAMU)

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences pédiatriques

- L'accueil des urgences adultes et pédiatriques étant sur un même site, l'autorisation de structure des urgences pédiatriques est devenue sans objet. L'organisation spécifique d'une prise en charge pédiatrique n'en est pas modifiée.

VAUCLUSE

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences pédiatriques

- L'accueil des urgences adultes et pédiatriques étant sur un même site, l'autorisation de structure des urgences pédiatriques est devenue sans objet. L'organisation spécifique d'une prise en charge pédiatrique n'en est pas modifiée.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de médecine d'urgence			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	3	3
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Antenne SMUR saisonnier	0	0
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	0	0

Hautes-Alpes	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	3	3
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	2	2
	Antenne SMUR	0	0
	Antenne SMUR saisonnier	0	1
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	0	0
Alpes-Maritimes	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	9	9
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	4	5
	Antenne SMUR	2	1
	Antenne SMUR saisonnier	0	0
	Structure des urgences pédiatrique	1	1
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	1	1
Bouches-du-Rhône	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	16*	16*
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	6	7
	Antenne SMUR	7*	7*
	Antenne SMUR saisonnier	0	0
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	1	1
Var	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	9*	9*

	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	6	6
	Antenne SMUR	1	1
	Antenne SMUR saisonnier	1	1
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	0	0
Vaucluse	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	8	8
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	4	4
	Antenne SMUR	3	3
	Antenne SMUR saisonnier	0	0
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	0	0

4.2.8 RÉANIMATION

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise en charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Préconisations générales

Les unités de soins critiques devraient bénéficier d'un changement des conditions techniques de fonctionnement dans le cadre de la réforme du régime des autorisations à venir ;

Toute réanimation avec une capacité de sept lits ou moins sur la base d'un taux d'occupation de moins de 85%, doit envisager un travail en filière graduée avec une autre réanimation.

Les conventions entre unités de surveillance continue et réanimations d'un même territoire, d'établissements publics et/ou privés doivent se systématiser.

Création de filières en réanimation : des filières de prise en charge graduée doivent se mettre en place sur certaines thématiques précises. Le recours à la télémédecine sur ces thématiques doit se développer entre réanimations de recours, réanimations polyvalentes et unités de surveillance continue isolées.

Concernant les unités de soins critiques (réanimation et surveillance continue) de petite taille (12 lits), elles doivent envisager des rapprochements et la création de filières avec des réanimations de plus grande taille.

Les surveillances continues

Toute unité de surveillance continue isolée doit définir un projet médical adapté à ses besoins et respecter des critères de qualité notamment en termes d'activité, de ratio de personnel et de permanence des soins. Toute unité de surveillance continue isolée dont l'activité représente moins de huit lits sur la base d'un taux d'occupation de 80% ou qui ne respecte pas des conditions minimales de qualité de l'organisation doit envisager une collaboration étroite avec une réanimation ou une suppression de son activité. Toute unité de surveillance continue isolée doit travailler à un rapprochement effectif d'une ou plusieurs réanimations avec conventions explicitant les critères de collaboration, les filières de patients ; les équipes doivent idéalement travailler à des protocoles communs partagés, voire une collaboration rapprochée de ces équipes avec possibilité d'activité partagée multisites pour ceux qui le souhaitent, afin de rompre l'isolement de petites équipes et de permettre un exercice permettant de garder des compétences sur les deux sites.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Le maintien d'un site de réanimation sur le territoire permet de répondre à l'isolement géographique du territoire compte tenu des moyens de transports sanitaires existants.

HAUTES-ALPES

Le maintien d'un site de réanimation sur le territoire permet de répondre à l'isolement géographique du territoire compte tenu des moyens de transports sanitaires existants.

ALPES-MARITIMES

La pénurie des professionnels, l'optimisation des prises en charge et la pérennisation de la permanence des soins conduisent à la suppression d'un site.

Cette suppression fait suite :

- transformation d'un site à faible activité en unité de surveillance continue dans le cadre d'un rapprochement avec un établissement géographiquement proche disposant d'une capacité de réanimation suffisante

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

La pénurie des professionnels, l'optimisation des prises en charge et la pérennisation de la permanence des soins conduisent à la suppression de quatre sites.

Ces suppressions font suite :

- au regroupement d'activités dans le cadre de la création d'une structure nouvelle issue du regroupement de deux établissements.
- au regroupement d'activité issu du regroupement de deux établissements.
- à la fermeture d'un site à faible activité dans le cadre d'un projet médical de territoire. Une nouvelle organisation permettant de répondre à la pénurie des professionnels, l'optimisation des prises en charge et la pérennisation de la permanence des soins, satisfera alors les besoins de la population.
- à la fermeture d'un site à faible activité sur une commune disposant par ailleurs d'une unité de réanimation. Cette fermeture ne pourra être envisagée que lorsque les capacités des réanimations des établissements de référence dans ce territoire permettront de répondre aux besoins de la population

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

RÉANIMATION PÉDIATRIQUE

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une

nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de réanimation			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Réanimation	1	1
Hautes-Alpes	Réanimation	1	1
Alpes-Maritimes	Réanimation	8	7
Bouches-du-Rhône	Réanimation	20*	16*
Var	Réanimation	5*	5*
Vaucluse	Réanimation	1	1
Total Région		36	31

*dont hôpital d'instruction des armées.

Activité de réanimation pédiatrique			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Réanimation pédiatrique	0	0
Hautes-Alpes	Réanimation pédiatrique	0	0
Alpes-Maritimes	Réanimation pédiatrique	1	1
Bouches-du-Rhône	Réanimation pédiatrique	1	1
Var	Réanimation pédiatrique	0	0
Vaucluse	Réanimation pédiatrique	0	0
Total région		2	2

4.2.9 TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRARÉNALE

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé. Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire. Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Hémodialyse en centre pour adultes

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée

- Création d'une unité mobile de dialyse médicalisée dans le cadre d'un projet expérimental et en appui sur une structure prenant déjà en charge l'IRC permettant de rendre accessible sur plusieurs zones géographiques l'IRC à une population éloignée des lieux de prises en charge.

Hémodialyse en unité dialyse simple et/ou assistée

- Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Hémodialyse en centre pour adultes

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée

- Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Hémodialyse en centre pour adultes

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée

- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur une zone géographique non couverte.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée

- Création de deux unités d'auto-dialyse simple et/ou assistée sur une zone géographique non couvertes et difficile d'accès.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Hémodialyse en centre pour adultes

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée

- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur zone urbaine à forte densité répondant aux besoins d'une population précaire.
- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur zone urbaine à forte progression démographique pour compléter l'offre existante.
- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur une zone géographique non couverte.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée

- Création de trois unités d'auto-dialyse simple et/ou assistée.

VAR

Hémodialyse en centre pour adultes

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée

- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur une zone géographique non couverte.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée

- Création d'une unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée.

VAUCLUSE

Hémodialyse en centre pour adultes

- Création d'un centre pour adultes sur une commune non couverte à fort potentiel d'activité.

Hémodialyse en unité médicalisée

- Création de deux unités de dialyse médicalisée sur deux sites disposant déjà d'une unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée afin de compléter et de diversifier l'offre existante et répondre aux besoins de la population.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activités de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	hémodialyse en centre pour adultes	1	1
	hémodialyse en unité médicalisée	3	4
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	3	3
Hautes-Alpes	hémodialyse en centre pour adultes	2	2
	hémodialyse en unité médicalisée	2	2
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	2	2
Alpes-Maritimes	hémodialyse en centre pour adultes	6	6
	hémodialyse en unité médicalisée	5	6
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	6	8
Bouches-du-Rhône	hémodialyse en centre pour adultes	10	10
	hémodialyse en unité médicalisée	13	16
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	17	20
Var	hémodialyse en centre pour adultes	8	8
	hémodialyse en unité médicalisée	11	12
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	9	10
Vaucluse	hémodialyse en centre pour adultes	4	5
	hémodialyse en unité médicalisée	4	6
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	7	7

4.2.10 TRAITEMENT DU CANCER

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

La démographie médicale et l'offre sanitaire se sont adaptées à la répartition étendue de la population qui pour de nombreux actes s'oriente vers les Bouches-du-Rhône.

Chirurgie du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Création d'un site pour un établissement développant déjà cette activité dans le cadre d'une convention de site associé dont l'activité répond aux critères de l'INCA.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curithérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Chirurgie du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curithérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Chirurgie du cancer

Chirurgie hors seuil

- Suppression d'un site par regroupement d'activité d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité à la population concernée.

Pathologies mammaires (tumeurs du sein)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies urologiques

- Suppression d'un site par regroupement d'activités d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité à la population concernée.

Pathologies thoraciques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies gynécologiques

- Le défaut d'atteinte des seuils impose une réduction d'un site. Cette réduction n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales

- Le défaut d'atteinte des seuils impose une réduction d'un site. Cette réduction n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Maintien de la situation actuelle

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curithérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Chirurgie du cancer

Chirurgie hors seuil

- Suppression de deux sites par regroupement d'activités d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité.

Pathologies mammaires (tumeurs du sein)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)

- Suppression d'un site par regroupement d'activités d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité.
- Le défaut d'atteinte des seuils impose une réduction d'un site. Cette réduction n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Pathologies urologiques

- Le défaut d'atteinte des seuils impose une réduction d'un site. Cette réduction n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Pathologies thoraciques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies gynécologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Suppression d'un site par regroupement d'activités d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curithérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Chirurgie du cancer

Chirurgie hors seuil

- Suppression d'un site à faible activité. Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Pathologies mammaires (tumeurs du sein)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies urologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies thoraciques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies gynécologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curithérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Chirurgie du cancer

Chirurgie hors seuil

- Création d'un site sur un établissement déjà autorisé en chirurgie du cancer pour compléter l'offre du territoire.

Pathologies mammaires (tumeurs du sein)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies urologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies thoraciques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies gynécologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curithérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Chirurgie du cancer			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	0	0
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	1	1
	Pathologies urologiques	0	0
	Pathologies thoraciques	0	0
	Pathologies gynécologiques	0	0
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	0	0
	Chirurgie hors seuil	2	2
Hautes-Alpes	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	1	1
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	1	1
	Pathologies urologiques	2	2
	Pathologies thoraciques	0	0
	Pathologies gynécologiques	1	1
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	1	1
	Chirurgie hors seuil**	3	3
Alpes-Maritimes	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	10	10
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	12	12
	Pathologies urologiques	7	6
	Pathologies thoraciques	4	4
	Pathologies gynécologiques	8	7
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	6	5
	Chirurgie hors seuil	17	16
Bouches-du-Rhône	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	17	17
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	20*	18*
	Pathologies urologiques	14	13
	Pathologies thoraciques	8	8
	Pathologies gynécologiques	12	12
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	11*	11*
	Chirurgie hors seuil**	29*	27*
Var	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	7	7
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	11*	11*
	Pathologies urologiques	8*	8*
	Pathologies thoraciques	3*	3*
	Pathologies gynécologiques	6	6

	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	4*	4*
	Chirurgie hors seuil	15*	14*
Vaucluse	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	4	4
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	6	6
	Pathologies urologiques	3	3
	Pathologies thoraciques	1	1
	Pathologies gynécologiques	3	3
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	3	3
	Chirurgie hors seuil	7	8

* dont l'hôpital d'instruction des armées

** dont activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	1	2
Hautes-Alpes	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	1	1
Alpes-Maritimes	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour**	9	9
Bouches-du-Rhône	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour**	16*	15*
Var	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	6*	6*
Vaucluse	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	2	2

* dont l'hôpital d'instruction des armées

** dont activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans

Radiothérapie externe

Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Radiothérapie externe	0	0
Hautes-Alpes	Radiothérapie externe	1*	1*
Alpes-Maritimes	Radiothérapie externe**	4	4
Bouches-du-Rhône	Radiothérapie externe**	6	6
Var	Radiothérapie externe	1	1
Vaucluse	Radiothérapie externe	1	1

* autorisation dérogatoire

** dont activité de traitement du cancer de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans

Curiethérapie			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Curiethérapie à bas débit de dose	0	0
	Curiethérapie à haut débit de dose	0	0
Hautes-Alpes	Curiethérapie à bas débit de dose	0	0
	Curiethérapie à haut débit de dose	0	0
Alpes-Maritimes	Curiethérapie à bas débit de dose	1	1
	Curiethérapie à haut débit de dose	1	1
Bouches-du-Rhône	Curiethérapie à bas débit de dose	2	2
	Curiethérapie à haut débit de dose	1	1
Var	Curiethérapie à bas débit de dose	0	0
	Curiethérapie à haut débit de dose	0	0
Vaucluse	Curiethérapie à bas débit de dose	1	1
	Curiethérapie à haut débit de dose	1	1

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	0	0
Hautes-Alpes	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	0	0
Alpes-Maritimes	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	2	2
Bouches-du-Rhône	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	2	2

Var	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	1	1
Vaucluse	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	1	1

Equipements matériels lourds dans le traitement du cancer					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	nombre d'appareils	Nombre de sites	nombre d'appareils
Alpes-de-Haute-Provence	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Hautes-Alpes	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	Cyclotron à utilisation médicale	1	2	1	2
Bouches-du-Rhône	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Var	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Vaucluse	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0

4.2.11 ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE, PAR VOIE ENDOVASCULAIRE, EN CARDIOLOGIE

4.2.11.1 Activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soin sur la période de cinq années. Lorsqu'il est géographiquement possible, pour des raisons de sécurité des patients mais également pour faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, le regroupement de plateaux techniques à faible activité est préconisé.

La structure juridique de chacun de ces regroupements permettra de répondre de manière optimale à l'organisation de cette nouvelle coopération.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
		Nombre de sites	Nombre de sites
Alpes-de-Haute-Provence	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	0	0
Hautes-Alpes	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	0	0
Alpes-Maritimes	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	6	6
Bouches-du-Rhône	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	6*	6*
Var	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	3*	3*
Vaucluse	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	2	2
Total Région		17	17

4.2.11.2 Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soin sur la période de cinq années. Les évolutions inscrites ci-après doivent se comprendre comme l'objectif qui sera à atteindre progressivement sur cette période. Lorsqu'il est géographiquement possible, pour des raisons de sécurité des patients mais également pour faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, le regroupement de plateaux techniques à faible activité est préconisé.

La structure juridique de chacun de ces regroupements permettra de répondre de manière optimale à l'organisation de cette nouvelle coopération.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Des coopérations sont également souhaitables sur la plupart des territoires, sous forme de communauté hospitalière de territoire pour les établissements publics, sans préjudice de partenariats publics privés.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ;

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence			
Territoire de santé	activité	Implantations 2018	Implantations 2023
		Nombre de sites	Nombre de sites
Alpes-de-Haute-Provence	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Hautes-Alpes	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Alpes-Maritimes	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Bouches-du-Rhône	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	1	1
Var	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Vaucluse	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Total Région		1	1

4.2.11.3 Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soin sur la période de cinq années. Les évolutions inscrites ci-après doivent se comprendre comme l'objectif qui sera à atteindre progressivement sur cette période.

Lorsqu'il est géographiquement possible, pour des raisons de sécurité des patients mais également pour faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, le regroupement de plateaux techniques à faible activité est préconisé.

La structure juridique de chacun de ces regroupements permettra de répondre de manière optimale à l'organisation de cette nouvelle coopération.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts. Des coopérations sont également souhaitables sur la plupart des territoires, sous forme de communauté hospitalière de territoire pour les établissements publics, sans préjudice de partenariats publics privés.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ;

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte			
Territoire de santé	activité	Implantations 2018	Implantations 2023
		Nombre de sites	Nombre de sites
Alpes-de-Haute-Provence	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	0
Hautes-Alpes	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	0
Alpes-Maritimes	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	5	5
Bouches-du-Rhône	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	10*	10*
Var	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	4*	4*
Vaucluse	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	2	2
Total Région		21	21

4.2.12 ACTIVITÉS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCREATION ET ACTIVITES BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRENATAL

4.2.12.1 Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Création d'un site de préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle qui permettra de répondre aux besoins d'une zone non couverte en lien avec un centre clinico-biologique.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Création d'un site d'activité de biologie de conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux.

Objectifs quantifiés par territoires de santé

Territoire de santé	Activités cliniques	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Hautes-Alpes	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Alpes-Maritimes	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	2	2
	Prélèvement de spermatozoïdes	2	2
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	2	2
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Bouches-du-Rhône	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	4	4
	Prélèvement de spermatozoïdes	3	3
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	4	4
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	1
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1
Var	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	1	1
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	1
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Vaucluse	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	1	1
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0

A titre informatif, récapitulatif pour l'ensemble de la région Paca

Paca	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	8	8
	Prélèvement de spermatozoïdes	6	6
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	8	8
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	2
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1

Territoire de santé	Activités biologiques	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0
Hautes Alpes	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0
Alpes-Maritimes	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	4	4
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	2	2

	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2	2
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	2	2
Bouches-du-Rhône	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	7	7
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	4	4
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	4	4
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	3	3
Var	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	1	1
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0

	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0
Vaucluse	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	1	1
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	1

4.2.12.2 Diagnostic prénatal (DPN)

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Tout arrêt d'activité d'une implantation autorisée en biochimie fœtale ou cytogénétique entrainera une réévaluation du besoin.

Territoire de santé	Analyses de diagnostic prénatal	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Les examens de génétique moléculaire	0	0

	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
Hautes Alpes	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Les examens de génétique moléculaire	0	0
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
Alpes-Maritimes	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	1	1
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Les examens de génétique moléculaire	1	1
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	1	1
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1
Bouches-du-Rhône	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	2	2
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Les examens de génétique moléculaire	3	3
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	1	1
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	3	3

Var	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Les examens de génétique moléculaire	0	0
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
Vaucluse	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Les examens de génétique moléculaire	0	0
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1

4.2.12.3 Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle

BOUCHES-DU-RHÔNE

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients, le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction de trois sites sur le territoire.

Ces suppressions se traduisent par :

- deux suppressions d'activité de cytogénétique post-natal à faible activité. La réponse aux besoins de la population concernée pouvant être prise en charge par d'autres établissements du territoire de santé ;
- un regroupement des activités de génétique moléculaire dans le cadre d'une réorganisation d'un établissement multi-sites ;
- création d'une implantation en génétique moléculaire illimitée pour faire face aux besoins nouveaux en oncogénétique constitutionnelle.

VAR

Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Examen des caractéristiques génétiques (génétique post-natale)			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes-de-Haute-Provence	cytogénétique postnatal	0	0
	génétique moléculaire	0	0
Hautes-Alpes	cytogénétique postnatal	0	0
	génétique moléculaire	0	0
Alpes-Maritimes	cytogénétique postnatal	1	1
	génétique moléculaire	3	3
Bouches-du-Rhône	cytogénétique postnatal	3	1
	génétique moléculaire	4	5
Var	cytogénétique postnatal	1	1
	génétique moléculaire	1	1
Vaucluse	cytogénétique postnatal	0	0
	génétique moléculaire	0	0

4.2.14 ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

4.2.14.1 Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions

4.2.14.1.1 Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émissions de positons en coïncidence

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Maintien de la situation actuelle

BOUCHES-DU-RHÔNE

Maintien de la situation actuelle.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Equipements matériels lourds : caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes-de-Haute-Provence	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	0	0	0	0
Hautes-Alpes	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	1	1	1	1
Alpes-Maritimes	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	4	10	4	10
Bouches-du-Rhône	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	7	19	7	19
Var	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	3*	7*	3*	7*
Vaucluse	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	1	3	1	3
Total Région		16	40	16	40

4.2.14.1.2 Tomographe à émissions

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Installation d'un tomographe à émission sur un site disposant de gamma caméra.

ALPES-MARITIMES

Installation d'un tomographe à émission supplémentaire sur un site déjà autorisé pour répondre aux besoins de l'activité hospitalo-universitaire dans le cadre d'un projet médical commun aux deux établissements.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Installation d'un tomographe à émission supplémentaire sur un site déjà autorisé à forte activité dont le recrutement extraterritorial représente une part importante d'activité.

Installation d'un tomographe à émission sur un site disposant de gamma caméra.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un tomographe à émission supplémentaire sur un site déjà autorisé dans le cadre d'un projet médical de territoire.

VAUCLUSE

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Equipements matériels lourds : tomographe à émissions					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes-de-Haute-Provence	tomographe à émissions	0	0	0	0
Hautes-Alpes	tomographe à émissions	0	0	1	1
Alpes-Maritimes	tomographe à émissions	3	4	3	5
Bouches-du-Rhône	tomographe à émissions	5	7	6	9
Var	tomographe à émissions	2*	2*	2*	3*
Vaucluse	tomographe à émissions	1	1	1	1
Total Région		11	14	13	19

*dont hôpital d'instruction des armées.

4.2.14.2 Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle

ALPES-MARITIMES

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) sur un site avec scanner sans IRM polyvalente (afin de favoriser la substitution) et autorisé à l'accueil des urgences.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) supplémentaire sur trois sites dont le volume d'actes de neurologie et d'oncologie est significatif sur l'équipement déjà autorisé (activité importante – importance du volume et de la complexité des actes).

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) sur deux sites avec scanner sans IRM (afin de favoriser la substitution) et réalisant une activité de court séjour significative (médecine et chirurgie hors spécialité ne nécessitant pas d'exploration par scanner de manière habituelle), supérieure à 10 000 séjours par an.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) sur un site avec scanner sans IRM (afin de favoriser la substitution) et autorisé à l'accueil des urgences.

Installation d'un IRM sur un site avec scanner sans IRM et autorisé à l'accueil des urgences suite à l'ouverture d'un établissement dans le cadre d'un regroupement déjà autorisé.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) sur un site avec scanner sans IRM (afin de favoriser la substitution) et autorisé à l'accueil des urgences.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) supplémentaire sur deux sites dont le volume d'actes de neurologie et

d'oncologie est significatif sur l'équipement déjà autorisé (activité importante – importance du volume et de la complexité des actes).

VAUCLUSE

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) sur un site avec scanner sans IRM volume d'actes élevé en cancérologie.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Equipements matériels lourds : Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes-de-Haute-Provence	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	2	2	2	2
Hautes-Alpes	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	2	3	2	3
Alpes-Maritimes	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	12	17	13	21
Bouches-du-Rhône	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	22*	34*	26*	38*
Var	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	12*	13*	13*	16*
Vaucluse	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	5	7	6	8
Total Région		55	76	62	88

*dont hôpital d'instruction des armées.

4.2.14.3 Scanographe à utilisation médicale

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour significative (médecine et chirurgie hors spécialité ne nécessitant pas d'exploration par scanner de manière habituelle), supérieure à 10 000 séjours par an.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site d'urgence à forte activité.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur deux sites disposant de plateaux d'imagerie déjà complets (disposant de scanner et IRM) et ayant une activité importante (volume et complexité) pour répondre aux besoins d'imagerie interventionnelle ainsi que de cancérologie et de neurologie.

BOUCHES-DU-RHÔNE

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour significative (médecine et chirurgie hors spécialité ne nécessitant pas d'exploration par scanner de manière habituelle), supérieure à 10 000 séjours par an.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site d'urgence à forte activité ne disposant que d'un seul scanner.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur trois sites disposant de plateaux d'imagerie déjà complets (disposant de scanner et IRM) et ayant une activité importante (volume et complexité) pour répondre aux besoins d'imagerie interventionnelle ainsi que de cancérologie et de neurologie.

Installation d'un scanner supplémentaire sur un site disposant d'un plateau d'imagerie complet (scanner et IRM) suite à l'ouverture d'un établissement dans le cadre d'un regroupement déjà autorisé.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site d'urgence à forte activité ne disposant que d'un seul scanner.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site disposant de plateaux d'imagerie déjà complets (disposant de scanner et IRM) et ayant une activité importante (volume et complexité) pour répondre aux besoins d'imagerie interventionnelle ainsi que de cancérologie et de neurologie.

VAUCLUSE

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur trois sites ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil dans le cadre d'un projet médical d'imagerie de territoire permettant de répondre à une organisation efficiente des professionnels de santé, compte tenu des difficultés de démographique médicale.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur deux sites d'urgence à forte activité.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Equipements matériels lourds : Scanographe à utilisation médicale					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes-de-Haute-Provence	Scanographe à utilisation médicale	3	4	3	4
Hautes-Alpes	Scanographe à utilisation médicale	3	3	3	3
Alpes-Maritimes	Scanographe à utilisation médicale	15	20	17	25
Bouches-du-Rhône	Scanographe à utilisation médicale	26*	37*	28*	44*
Var	Scanographe à utilisation médicale	16*	17*	17*	20*
Vaucluse	Scanographe à utilisation médicale	9	10	12	15
Total Région		72	91	79	110

*dont hôpital d'instruction des armées

4.2.14.4 Cyclotron à utilisation médical

4.2.14.4.1 Adaptation et complémentarité de l'offre

Cf chapitre 1.10 Traitement du cancer

4.2.14.4.2 Objectifs quantifiés par territoire de santé

Cf chapitre 1.10 Traitement du cancer

4.2.14.5 Caisson hyperbare

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

- Maintien de la situation actuelle.

HAUTES-ALPES

- Maintien de la situation actuelle.

ALPES-MARITIMES

- Maintien de la situation actuelle.

BOUCHES-DU-RHÔNE

- Maintien de la situation actuelle.

VAR

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

VAUCLUSE

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoires de santé

Equipements matériels lourds : Caisson hyperbare					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes-de-Haute-Provence	Caisson hyperbare	0	0	0	0
Hautes-Alpes	Caisson hyperbare	0	0	0	0
Alpes-Maritimes	Caisson hyperbare	1	1	1	1
Bouches-du-Rhône	Caisson hyperbare	2	2	2	2
Var	Caisson hyperbare	1*	1*	1*	1*
Vaucluse	Caisson hyperbare	1	1	1	1
Total Région		5	5	5	5

*dont hôpital d'instruction des armées

GLOSSAIRE

A

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ALD	Affection longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico- sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APA	Activité physique adaptée
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV	Atelier santé ville
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral

B

BBD	Bilan buccodentaire
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive

C

CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CAMPS	Centre d'aide médico-psychologique
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CJC	Consultations jeunes consommateurs
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CMP	Centre médico psychologique
CMPP	Centre médico psycho pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

D

DCC	Dossier communicant de cancérologie
DGS	Direction générale de la santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi
DMS	Durée moyenne de séjour
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques

E

EFS	Etablissement français du sang
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA	Equipe de liaison et de soin en addictologie
EML	Equipement matériel lourd
EMSP	Equipe mobile de Soins Palliatifs
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESMS	Etablissements et services sociaux et médico sociaux
ETP	Education thérapeutique du patient

F

FAM	Foyer d'accueil médicalisé
------------	----------------------------

G

GCS	Groupement de coopération sanitaire
GDR	Gestion du Risque
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIP	Groupement d'intérêt public

H

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HDJ	Hôpital de jour
HO	Hospitalisation d'office

I

IDE	Infirmier(ière) diplômé(e) d'état
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCA	Institut national du cancer
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRM	Imagerie à résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

IVG Interruption volontaire de grossesse

J

JAH Jeux d'argent et de hasard

L

LAM Lit d'accueil médicalisé
LFSS Loi de financement de la sécurité sociale
LHSS Lit halte soins santé
LISP Lits identifiés en soins palliatifs

M

MAS Maison d'accueil spécialisée
MCO Médecine chirurgie obstétrique
MDA Maison des adolescents
MDPH Maison départementale des personnes handicapées
MECS Maison d'enfants à caractère social
MILDECA Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSP Maison de santé pluridisciplinaire

N

NPS Nouveaux Produits de Synthèse

O

OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMEDIT Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS Organisation mondiale de la santé
ONDPS Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORS Observatoire régional de la santé
ORU Observatoire régional des urgences

P

PACA Provence-Alpes-Côte d'Azur
PASS Permanence d'accès aux soins de santé
PDSA Permanence des soins en médecine ambulatoire
PDSES Permanence de soins en établissement de santé
PEC Prise en charge
PJJ Protection judiciaire de la Jeunesse
PMI Protection maternelle et infantile
PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS Programme personnalisé de soins (Cancérologie)
PRAPS Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS Projet régional de santé
PRSE Plan régional santé environnement

R

RCP	Réunions de concentration pluridisciplinaire (Cancer)
REIN	Réseau épidémiologique et d'information en néphrologie
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RRC	Réseau régional de cancérologie
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RDRD	Réduction des risques et des dommages

S

SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDIS	Service départemental de l'incendie et du secours
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMPR	Service médico-psychologique régional
SMUR	Services mobiles d'urgence et de réanimation
SNIRAM	Système National d'informations inter régimes de l'assurance maladie
SOPHIA	Service d'accompagnement de l'assurance maladie pour les personnes atteintes de maladies chroniques
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRS	Schéma Régional de Santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées
SSR	Soins de suite et de rééducation

T

TSO-MSO	Traitement et médicament de substitution aux opiacés
----------------	------------------------------------------------------

U

URPS	Union régionale des professionnels de santé
USP	Unité de soins palliatifs
USC	Unité de soins continus
USLD	Unité de soins de longue durée

V

VHC	Virus hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSL	Véhicule sanitaire léger

ARS PACA

R93-2018-09-26-001

Arrêté portant délégation de signature à Mme Caroline CALLENS, déléguée départementale de Vaucluse de l'ARS PACA

*Arrêté portant délégation de signature à Mme Caroline CALLENS, déléguée départementale de
Vaucluse de l'ARS PACA*

Marseille, le 26 SEP. 2018

SJ-0918-6954-D

ARRETE PORTANT DELEGATION DE SIGNATURE

**Le directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
Chevalier de la Légion d'Honneur**

Vu le code de santé publique, notamment l'article L.1432-2 ;

Vu le code de la l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de la défense ;

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Vu la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, et notamment son article 136 ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Vu le décret n° 97-34 du 15 janvier 1997 relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles modifié ;

Vu le décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'Agence régionale de santé pour l'application des articles L.1435-1, L.1435-2 et L.1435-7 du code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2010-339 du 31 mars 2010 relatif au régime financier des agences régionales de santé ;



Vu le décret n° 2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives et notamment son article 7 ;

Vu le décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé ;

Vu le décret du 8 décembre 2016 portant nomination de Monsieur Claude d'HARCOURT, en qualité de directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

Vu l'arrêté du 4 janvier 2017 portant délégation de signature à Madame Caroline CALLENS, en qualité de déléguée départementale de Vaucluse de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu la décision du directeur général portant organisation de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, en date du 16 juin 2017 et prenant effet au 3 juillet 2017 ;

ARRETE

Article 1^{er} :

L'arrêté du 4 janvier 2017, publié au recueil des actes administratifs de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, est abrogé et remplacé par le présent arrêté.

Article 2 :

Délégation de signature est donnée à Madame Caroline CALLENS, en tant que déléguée départementale du département de Vaucluse de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, au titre des missions relatives à l'offre de soins et médico-sociale et des missions en matière de veille et de sécurité sanitaire de l'Agence, dans le département de Vaucluse, à effet de signer tous les actes et décisions, y compris ceux qui engagent financièrement l'Agence, relevant de ses compétences à l'exception des actes suivants :

a) Décisions en matière d'offre de soins :

- autorisant la création, la conversion, le regroupement, des activités de soins et des équipements, matériels lourds ;
- confirmant les autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ou prononçant leur caducité ;
- de suspension et de retrait d'autorisation prises en application des articles L. 6122-13 et L. 5126-10 du code de la santé publique ;
- décidant la fermeture totale ou partielle des établissements de santé ;
- à défaut d'adoption par l'établissement public de santé d'un plan de redressement adapté, la saisine de la chambre régionale des comptes, en application de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- la décision de placement de l'établissement public de santé sous administration provisoire en application de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique ;
- l'approbation des conventions relatives aux coopérations entre établissements de santé.
- de suspension des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes.
- autorisant l'ouverture, le regroupement, le transfert et la suppression d'officine ;

- décision de suspension ou de retrait d'autorisation d'officine en application de l'article L. 5124-3 du code de la santé publique ;
- décision de fermeture provisoire d'officine en application de l'article L. 5424-19 du code de la santé publique ;
- constatant la cessation définitive d'activité et la caducité des autorisations d'officine ;
- d'autorisation ou de retrait d'autorisation ou d'opposition en matière de biologie médicale.

b) Décisions en matière médico-sociale :

- autorisant la création, la transformation, l'extension, le regroupement et le transfert des établissements et services médico-sociaux ;
- décidant la fermeture provisoire ou définitive, totale ou partielle des établissements et services médico-sociaux ;
- constatant la caducité des autorisations des établissements et des services ;
- portant transfert de biens et dévolution du patrimoine des établissements et services médico-sociaux ayant cessé leur activité ;
- désignant un administrateur provisoire en application des articles L. 313-14 et L. 313-14-1 du code de l'action sociale et des familles.

c) Décisions en matière de veille et de sécurité sanitaire :

- Décidant la fermeture totale ou partielle des établissements dont le fonctionnement et la gestion mettent en danger la santé, la sécurité et le bien être des personnes qui sont accueillies ;
- D'autorisations des eaux minérales et thermales.

d) Décisions qui engagent financièrement l'Agence sur des crédits de fonctionnement.

e) Décisions attributives de financement au titre des missions du fonds d'intervention régional.

f) Décisions en matière précontentieuse et contentieuse :

- les requêtes et les observations en réponse ainsi que les tierces interventions devant les juridictions administratives non spécialisées et la chambre régionale des comptes ;
- les requêtes, saisines, interventions et observations devant les juridictions de l'ordre judiciaire ;
- les réponses aux recours gracieux dirigés contre les décisions de l'ARS.

Article 3 :

En cas d'absence ou d'empêchement de Madame Caroline CALLENS, la délégation de signature qui lui est conférée par l'article 2 du présent arrêté sera exercée par :

- Madame Nadra BENAYACHE, adjointe à la déléguée, responsable du département animation territoriale,
- Monsieur le Dr Dominique GRANEL de SOLIGNAC, responsable du service établissements de santé,
- Madame Stéphanie GARCIA, responsable du service santé environnementale et sécurité sanitaire.

Il est spécifié que ces derniers peuvent également signer des devis liés à l'utilisation de la carte achat dans la limite de 2.500 € TTC.

En cas d'absence ou d'empêchement de Madame Caroline CALLENS, de Madame Nadra BENAYACHE, de Monsieur le Docteur Dominique GRANEL de SOLIGNAC et de Madame Stéphanie GARCIA, la délégation est conférée, dans la limite de leurs compétences et attributions respectives, comme suit :

Nom des cadres et qualité	Matières et domaines concernés
Monsieur Sylvain d'AGATA Responsable de l'unité habitat	Ensemble des correspondances relatives à la santé environnementale et notamment : contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, protection de la ressource, légionnelles. Signature des bons de commande relatifs à ces domaines, ainsi que la certification du service fait de ces dépenses.
Monsieur Sébastien DI MAYO Responsable de l'unité espace clos et eaux de loisirs	Ensemble des correspondances relatives à la santé environnementale et notamment : lutte contre l'habitat indigne, contrôle sanitaire des eaux de baignades et eaux de piscine. Signature des bons de commande relatifs à ces domaines, ainsi que la certification du service fait de ces dépenses.
Madame Chantal DERLOT Responsable du service réglementation professions de santé	Ensemble des correspondances relatives à la santé publique et à la prévention, à la réglementation des professions de santé, aux transports sanitaires et au secteur médico-social (personnes en difficulté spécifiques addictologie).
Monsieur Stéphane PRECHEUR Responsable du service personnes handicapées	Ensemble des correspondances du service personnes handicapées.
Madame Annick GUYON Responsable du service personnes âgées	Ensemble des correspondances du service personnes âgées.

Article 4 :

Madame Caroline CALLENS, Madame Nadra BENAYACHE, Monsieur le Docteur Dominique GRANEL de SOLIGNAC, Madame Stéphanie GARCIA sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Article 5 :

Le présent arrêté prendra effet à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et peut être contesté par voie de recours contentieux devant la juridiction administrative territorialement compétente dans le délai de 2 mois à compter de sa publication.


Claude d'HARCOURT

ARS PACA

R93-2018-09-10-015

RAA 260918

DEPT	RENOUVELLEMENT DEMANDE : ACTIVITE ou EML	EJ	ADRESSE E.J.	FINESS E.J.	SITE (E.T.)	ADRESSE E.T.	N° FINESS E.T.	DATE RENOUVELLEM ENT	DATE LETTRE NOTIFICATION DU RENOUVELLEM ENT
13	APPAREIL D'IRM A UTILISATION CLINIQUE Marque GE Medical Systems de type Optima MR 360	SAS CLINIQUE BOUCHARD	77, rue du Dr Escat 13006 Marseille	13 000 141 5	CLINIQUE BOUCHARD	77, rue du Dr Escat 13006 Marseille	13 078 332 7	01/09/2019	10/09/2018

DIRM

R93-2018-09-24-005

Arrêté subdélégation financière DIRM septembre 2018

subdélégation financière DIRM



PRÉFET DE LA RÉGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Direction interrégionale de la mer Méditerranée

ARRÊTÉ
portant subdélégation de signature

Le directeur interrégional de la mer Méditerranée,
responsable d'unité opérationnelle pour l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses imputées sur le budget de l'État.

- VU** le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;
- VU** l'arrêté du 21 juin 2018 nommant Eric LEVERT, administrateur en chef de 1ere classe des affaires maritimes en qualité de directeur interrégional de la mer Méditerranée ;
- VU** le décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable ;
- VU** l'arrêté interministériel du 21 décembre 1982 portant règlement de comptabilité pour la désignation des ordonnateurs secondaires et de leurs délégués ;
- VU** l'arrêté préfectoral R93-2018-09-11-011 du 11 septembre 2018 donnant délégation de signature au titre du décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable susvisé à M. Eric LEVERT, directeur interrégional de la mer Méditerranée ;
- VU** le budget opérationnel du BOP 113 « Urbanisme, paysages, eau et biodiversité », le budget opérationnel du BOP 149 « compétitivités et durabilité de l'agriculture, de l'agroalimentaire, de la forêt, de la pêche et de l'aquaculture », le budget opérationnel du BOP 205 « Affaires maritimes », et le budget opérationnel du BOP 217 « Soutien et pilotage des politiques d'équipement » ;

ARRÊTE

Article 1er :

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur interrégional de la mer et du directeur interrégional adjoint, subdélégation de signature est donnée à :

M. Bruno CELERIER, adjoint au directeur interrégional, M Jean-Bernard COSTES, Secrétaire général et M. Serge CHIAROVANO, délégué du directeur interrégional en Corse, pour procéder à l'ordonnancement secondaire (engagement, liquidation) des dépenses effectuées dans le cadre des budgets opérationnels des BOP susvisés.

Article 2 :

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Bruno CELERIER, adjoint au directeur interrégional, de M Jean-Bernard COSTES, secrétaire général, de M. Serge CHIAROVANO, délégué du directeur interrégional en Corse, subdélégation de signature est donnée aux chefs de service et aux agents recensés dans le tableau ci-après à l'effet de procéder, dans les limites qui leur sont imparties, à l'ordonnancement secondaire (engagement, liquidation) des marchés, bons et lettres de commandes effectuées dans le cadre des budgets opérationnels des BOP susvisés :

Secrétariat Général		
BOP 205/ BOP 217/ BOP 113		
Adjointe du secrétaire général	Anne Laure CRAGUE	25 000 euros HT
Contrôleur de gestion	Fabienne BOIVIN	25 000 euros HT
Responsable de l'unité budgétaire	Didier DANTI	25 000 euros HT
Assistant Budgétaire	Ghyslaine GUIDUCCI	4 000 euros HT
Assistant Budgétaire	Marlène BROYEZ	4 000 euros HT
Service Réglementation Contrôle		
BOP 205		
Chef de service	Pierre MOTTA	15 000 euros HT
Commandant de la vedette régionale	Serge CROVILLE	15 000 euros HT
Commandant de bordée	Yorrick VILLENAVE	15 000 euros HT
Commandant de bordée (par intérim)	Sylvain REBEYROTTE	15 000 euros HT
Service de santé des gens de mer		
BOP 205		
Chef de service	Christophe DUPORT	15 000 euros HT
Ingénieur d'armement BOP 205	Didier STAMER	25 000 euros HT
Service des Phares et Balises de Méditerranée		
BOP 205		
Chef de service	Joël TOURBOT	90 000 euros HT
Adjoint au chef de service	Stéphane MAJOR	90 000 euros HT
Adjoint au chef de service	Thomas GREJON	90 000 euros HT
Centre opérationnel de balisage de Sète		
BOP 205		
Responsable	Frédéric PORTE	15 000 euros HT
Responsable POLMAR	Olivier FOUBERT	15 000 euros HT
Centre opérationnel de balisage de Marseille		
BOP 205		
Responsable	Eric BEROULE	15 000 euros HT
Responsable POLMAR	Eric BEROULE	15 000 euros HT
Responsable du BAT	Michel FERNANDEZ	15 000 euros HT

Centre opérationnel de balisage de Toulon		
BOP 205		
Responsable	Hervé GALL	15 000 euros HT
Responsable de l'antenne de Cannes	Patrice CHEVET	15 000 euros HT
Centre opérationnel de balisage de Bastia		
BOP 205		
Responsable	Marc SALVADORI	15 000 euros HT
Centre opérationnel de balisage d'Ajaccio		
BOP 205		
Responsable	Thomas GREJON	90 000 euros HT
Centre stockage POLMAR d'Ajaccio		
BOP 205		
Responsable	Thomas GREJON	90 000 euros HT
CROSS Méditerranée		
BOP 205		
Directeur	Philippe MICHAUD	90 000 euros HT
Directeur Adjoint	Olivier DREVON	90 000 euros HT
Chef du service technique	Sébastien TOURNE	15 000 euros HT
Chef du service administratif et financier	Fanny FAURE	15 000 euros HT
Chef de l'antenne Corse	Thomas DOMENICHINI	15 000 euros HT
Centre de sécurité des navires PACA Corse		
BOP 205		
Chef de centre	Stephan ROUSSEAU	25 000 euros HT
Adjoint	Serge HEYRAUD	15 000 euros HT
Responsable antenne Martigues	Richard TURA	15 000 euros HT
Centre de sécurité des navires Languedoc Roussillon		
BOP 205		
Chef de centre	Philippe MARTINEZ	25 000 euros HT
Adjoint au Chef de centre	Xavier DE MAISTRE	15 000 euros HT
Service « Affaires économiques »		
BOP 149		
Chef du service	Jean-Luc DESFORGES	90 000 euros HT

Article 3 :

L'arrêté du 12 juin 2018, portant subdélégation de signature du directeur interrégional de la mer Méditerranée aux agents de la direction interrégionale de la mer, est abrogé.

Article 4 :

Le directeur interrégional de la mer Méditerranée est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Marseille, le 24 septembre 2018

le directeur interrégional de la mer
Méditerranée,



Eric LEVERT

DIRM

R93-2018-09-24-006

subdélégation signature cadres DIRM septembre 2018

subdélégation signature cadres DIRM



PRÉFET DE LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Direction interrégionale de la mer
Méditerranée

ARRÊTÉ
portant subdélégation de signature
aux cadres de la direction interrégionale de la mer Méditerranée

LE DIRECTEUR INTERRÉGIONAL DE LA MER MÉDITERRANÉE

- Vu** le décret n° 97-34 du 15 janvier 1997, relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles ;
- Vu** le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements ;
- Vu** le décret n° 2010-130 du 11 février 2010, relatif à l'organisation et aux missions des directions interrégionales de la mer ;
- Vu** l'arrêté du 21 juin 2018 nommant Eric LEVERT, administrateur en chef de 1ère classe des affaires maritimes en qualité de directeur interrégional de la mer Méditerranée ;
- Vu** l'arrêté préfectoral R93-2018-09-11-011 du 11 septembre 2018 du Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur donnant délégation de signature à M. Eric LEVERT, directeur interrégional de la mer Méditerranée ;

ARRÊTE

Article 1 :

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Eric LEVERT, directeur interrégional de la mer Méditerranée, la délégation qui lui est consentie par le préfet de région Provence Alpes Côte-d'Azur sera exercée par M. Jean-Luc HALL, directeur interrégional adjoint. En cas d'absence ou d'empêchement, subdélégation de signature est donnée à M. Bruno CELERIER, adjoint au directeur.

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Bruno CELERIER, dans les limites de leurs attributions fonctionnelles ou territoriales et de leurs compétences définies par l'organisation de la direction interrégionale de la mer Méditerranée, subdélégation de signature est accordée, selon les conditions fixées aux articles suivants, à :

2 - 1 : Décisions relatives à la gestion statutaire et financière des agents affectés à la direction interrégionale de la mer :

- M. Jean-Bernard COSTES, Secrétaire Général,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Anne-Laure CRAGUE.
 - Mme Sylvie LECONTE
 - Mme Fabienne BOIVIN

La signature des bénéficiaires de la présente subdélégation, lorsqu'elle est apposée sur des décisions écrites relatives à la gestion statutaire et financière des agents, est précédée de la mention « Pour le Préfet et par délégation », suivie du nom, du titre et de la fonction du signataire.

2 - 2 : Décisions relatives aux déplacements des agents en mission :

2 - 2 - 1 : Ordres de mission ponctuels, temporaires ou permanents, lorsque la mission se déroule en dehors de la circonscription d'un seul service, dans la zone de gouvernance de la direction interrégionale de la mer, en France ou à l'étranger :

- M. Jean-Bernard COSTES, Secrétaire Général,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Anne-Laure CRAGUE
 - Mme Fabienne BOIVIN

2 - 2 - 2 : Ordres de mission ponctuels, temporaires ou permanents, lorsque la mission se déroule dans la circonscription de leur service respectif :

- M. Franck FREDEFON, chef de la Mission de coordination des politiques maritimes,

- M. Jean-Bernard COSTES, Secrétaire Général,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Anne-Laure CRAGUE.
 - Mme Fabienne BOIVIN

- M. Mathieu EYRARD, Chef du service Emploi / Formation,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Cathy GUILLAUMEL- ANTONINI

- M. Pierre MOTTA, Chef du service Réglementation / Contrôle
et en cas d'absence ou d'empêchement
 - M. Claire LOZACHMEUR

- M. Jean-Luc DESFORGES, Chef du service Affaires économiques,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Jocelyne GIMONNEAU.

- le Docteur Christophe DUPORT, Chef du service de santé des gens de mer de Méditerranée, et en cas d'absence ou d'empêchement :

- le docteur Elodie DONNAREL.

- M. Joël TOURBOT, chef du service des phares et balises de Méditerranée, et en cas d'absence ou d'empêchement :

- MM. Thomas GREJON et Stéphane MAJOR, adjoints au chef de service des phares et balises de Méditerranée et en cas d'absence ou d'empêchement :

- M. Frédéric PORTE, responsable du centre opérationnel de balisage de Sète.

- M. Christian SEGATTO, responsable du centre opérationnel de balisage de Marseille.

- M. Hervé GALL, responsable du centre opérationnel de balisage de Toulon.

- M. Marc SALVADORI, responsable du centre opérationnel de balisage de Bastia.

- M. Stephan ROUSSEAU , chef du Centre de sécurité des navires PACA – Corse, et en cas d'absence ou d'empêchement :

- M. Serge HEYRAUD, pour l'ensemble du centre de sécurité.

- M. Richard TURA, pour l'antenne de Martigues.

- M. Rémi CHAFFURIN, pour l'antenne de Corse.

- M. Julien SIMONI, pour l'antenne de Toulon.

- M. Philippe MARTINEZ, chef du centre de sécurité des navires Languedoc-Roussillon, et en cas d'absence ou d'empêchement :

- M. Xavier DE MAISTRE, et en cas d'absence ou d'empêchement :

- M. Dominique MAURELLET.

- M. Philippe MICHAUD directeur du Cross Méditerranée, et en cas d'absence ou d'empêchement :

- M. Olivier DREVON.

- M. Thomas DOMENICHINI

2 – 3 : Décisions relatives au fonctionnement interne de chaque service :

concernant les congés annuels, les autorisations d'absence et les jours RTT des agents du service, l'entretien et le fonctionnement courant du patrimoine immobilier du service, à l'exception des décisions relatives à la valorisation de ce patrimoine, l'entretien et le fonctionnement courant des moyens techniques et matériels mis à disposition du service, la gestion du parc automobile affecté au service, les décisions relatives à la prévention des risques professionnels dans le service :

- M. Franck FREDEFON, chef de la Mission de coordination des politiques maritimes, et en cas d'absence ou d'empêchement :

- Mme Marie BARBAT

- M. Jean-Bernard COSTES, Secrétaire Général,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Anne-Laure CRAGUE.
 - Mme Fabienne BOIVIN.
- M. Mathieu EYRARD, chef du service Emploi / Formation,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Cathy GUILLAUMEL- ANTONINI.
- M. Pierre MOTTA, Chef du service Réglementation / Contrôle,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - M. Claire LOZACHMEUR, et en cas d'empêchement :
 - M. Serge CROVILLE, commandant de la VRS « La Mauve », pour les décisions concernant l'organisation interne et le fonctionnement de la vedette,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - M. Yorrick VILLENAVE, commandant de bordée,
 - M. Sylvain REBEYROTTE, commandant par intérim.
- M. Jean-Luc DESFORGES, Chef du service Affaires économiques,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Jocelyne GIMONNEAU.
- le Docteur Christophe DUPORT, chef du service de santé des gens de mer de Méditerranée,
et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - le docteur Elodie DONNAREL, médecin des gens de mer à Marseille.
- M. Joël TOURBOT, chef du service des phares et balises de Méditerranée,
et en cas d'absence ou d'empêchement, notamment dans le cadre des décisions d'intérim pour l'ensemble du service :
 - MM. Thomas GREJON et Stéphane MAJOR, adjoints au chef de service des phares et balises de Méditerranée et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - M. Frédéric PORTE, responsable du centre opérationnel de balisage de Sète.
 - M. Christian SEGATTO, responsable du centre opérationnel de balisage de Marseille.
 - M. Hervé GALL, responsable du centre opérationnel de balisage de Toulon.
 - M. Marc SALVADORI, responsable du centre opérationnel de balisage de Bastia.
- M. Stephan ROUSSEAU , chef du Centre de sécurité des navires PACA – Corse, et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - M. Serge HEYRAUD, pour l'ensemble du centre de sécurité.
 - M. Richard TURA, pour l'antenne de Martigues.
 - M. Rémi CHAFFURIN, pour l'antenne de Corse.

- M. Julien SIMONI, pour l'antenne de Toulon.
- M. Philippe MARTINEZ, Chef du Centre de sécurité des navires Languedoc – Roussillon, et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - M. Xavier de MAISTRE, et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - M. Dominique MAURELLET.
- M. Philippe MICHAUD, Directeur du Cross Méditerranée, et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - M. Olivier DREVON.
 - M. Thomas DOMENICHINI.

2 – 4 : Décisions relatives à la mise en oeuvre de la responsabilité civile :

- M. Jean-Bernard COSTES, secrétaire général, et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Anne-Laure CRAGUE.

2 – 5 : Décisions relatives à la valorisation du patrimoine et aux prestations des services des phares et balises :

2 – 5 – 1 : Décisions relatives à la valorisation du patrimoine immobilier :

concernant les conventions d'utilisation ou d'occupation temporaire par des tiers, les décisions de non utilité et les décisions relatives au patrimoine immobilier géré par la direction interrégionale :

- M. Jean-Bernard COSTES, secrétaire général, et en cas d'absence ou d'empêchement :
 - Mme Anne-Laure CRAGUE.
 - Mme Fabienne BOIVIN

concernant les conventions d'utilisation ou d'occupation temporaire par des tiers, les décisions de non utilité et les décisions relatives au patrimoine immobilier géré par le service des phares et balises de Méditerranée :

- M. Joël TOURBOT, chef du service des phares et balises de Méditerranée et en cas d'absence ou d'empêchement :
- MM. Thomas GREJON et Stéphane MAJOR, adjoints au chef de service des phares et balises de Méditerranée.

2 – 5 – 2 : Conventions pour les prestations effectuées par les services des Phares et Balises :

- M. Joël TOURBOT, chef du service des phares et balises de Méditerranée et en cas d'absence ou d'empêchement :

- M. Thomas GREJON et Stéphane MAJOR, adjoints au chef de service des phares et balises de Méditerranée.

Dans ce cas, la signature des bénéficiaires de la présente subdélégation est précédée de la mention « Pour le Préfet et par délégation », suivie du nom, du titre et de la fonction du signataire.

Article 3 :

L'arrêté R93-2018-03-01-003 du 1er mars 2018 portant subdélégation de signature aux cadres de la direction interrégionale de la mer Méditerranée est abrogé.

Article 4 :

Le directeur interrégional de la mer Méditerranée est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Marseille, le 24 septembre 2018

Le Directeur Interrégional de la mer
Méditerranée,



Eric LEVERT

DRAAF PACA

R93-2018-09-26-002

**Arrêté portant autorisation d'exploiter de la SCEA
CONSORTS MATTON Château Minuty 2491 Route de la
Berle 83580 GASSIN**

PREFET DE LA REGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt

ARRÊTÉ

Portant autorisation d'exploiter

Le Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,
Préfet de la zone de défense et de sécurité Sud,
Préfet des Bouches-du-Rhône,

VU la loi n°2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt,
VU le décret d'application n° 2015-713 du 22 juin 2015,
VU l'arrêté du 13 juillet 2015 fixant la surface minimale d'assujettissement nationale,
VU l'arrêté du 20 juillet 2015 fixant les modalités de calcul des équivalences par type de production, région naturelle ou territoire pour l'établissement du schéma directeur régional des exploitations agricoles,
VU l'arrêté du 18 septembre 2015 fixant les coefficients d'équivalence pour les productions hors sol,
VU l'arrêté préfectoral du 1^{er} février 2018 portant délégation de signature du Préfet de la Région Provence -Alpes-Côte d'Azur au Directeur Régional de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt, Recteur pour l'enseignement agricole,
VU l'arrêté du 15 juin 2018 portant délégation de signature aux agents de la DRAAF PACA
VU l'arrêté préfectoral régional du 30 juin 2016 portant schéma directeur régional des exploitations agricoles de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,
VU la demande enregistrée sous le numéro 832018118 présentée par la SCEA CONSORTS MATTON, domiciliée au Château Minuty 2491 Route de la Berle 83580 GASSIN

CONSIDERANT qu'aucune demande concurrente n'a été enregistrée pendant la durée de la publicité légale,

ARRÊTE

ARTICLE 1

La SCEA CONSORTS MATTON, domiciliée au Château Minuty 2491 Route de la Berle 83580 GASSIN, est autorisée à exploiter les surfaces de

- 5,1101 ha, située à LA GARDE FREINET, parcelle C18, appartenant à Mme Laurence PERRET SABY,
- 65,0059 ha, située à GASSIN,
 - ✓ section A, parcelles 747, 749, 750, 760, 769, 771, 772, 1929, 1930, 1933, 3175, 3177, 3179, 3343, 4672, 5338, 5511, appartenant au GFA CHATEAU MINUTY,
 - ✓ section A parcelles 582, 1081, 3181, 3184, 3186, 3188, 3264, appartenant à l'INDIVISION CONSORTS MATTON,
 - ✓ parcelle A1443, appartenant à Monsieur ISNARD,
 - ✓ section A, parcelles 862, 930, 931, 932, 937, 944, appartenant à Mme et M. Mireille et Claude LEBON,
 - ✓ section A, parcelles 777, 782, 784, 786, 791, 796, 797, 804, 805, 920, 1930, 1932, 3066, appartenant à MM. René et Fernand MOURET,
 - ✓ section C, parcelles 102, 121, 199, appartenant à M. Nicolas ROCCHIETTA,
 - ✓ parcelle A919, appartenant à M. Paul ROUSSEL,
 - ✓ parcelle A340, appartenant à M. Michel ROUX,
- 2,512 ha, située à PLAN DE LA TOUR,
 - ✓ section F, parcelles 161, 880, 1303, appartenant à M. Bernard COULOMB,
 - ✓ section F, parcelles 163, 395, 396, 705, 1407, appartenant à M. Gérard OLIVIER,

- 44,6761 ha, située à RAMATUELLE,
 - ✓ parcelles AB567 et BK170, appartenant au GFA CHATEAUNEUF,
 - ✓ parcelles BK12 – BK13 – BK14 – BK15 – BL2 – BL3 – BL27, appartenant à l'INDIVISION CONSORTS MATTON,
 - ✓ parcelles AZ420 – AZ424 – AZ433 – AZ434, appartenant à Mme Jacqueline LYONS,

- 53,2451 ha, située à VIDAUBAN,
 - ✓ parcelle AL159, appartenant au GFA CHATEAUNEUF,
 - ✓ parcelles AD42 – AD43 – AD45 – AL150 – AL247 – AL157 – AL158 – AL160 – AL185 – AL187 – AL188 – AL189 – AL192 – AL193 – AL196 – AL201 – AL202 – BN11 – BN111 – BN112 – BN114 – BN115, appartenant à l'INDIVISION CONSORTS MATTON,
 - ✓ parcelles AK23 – AK56 – BV165 – AK128 – AK139 – I151 – I888 – A1106 – A1108 – AK22 – I149 – AK19 – I890 – I152 – A1109 – AK64 – AK20 – AK21 – AK176 – AK39 – AK40, appartenant à Mme et M. Marcelle et Daniel SABY.

ARTICLE 2

Le secrétaire général pour les affaires régionales, le directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de PACA, le préfet du département du VAR et le directeur départemental des territoires et de la mer du VAR, le maire de la commune de LA GARDE FREINET, le maire de la commune de GASSIN, le maire de la commune de PLAN DE LA TOUR, le maire de la commune de RAMATUELLE, le maire de la commune de VIDAUBAN, sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et affiché en mairie de la commune intéressée.

Fait à Marseille, le **26 SEP. 2018**

Pour le Directeur Régional
de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
et par délégation
Le Chef du Service Régional de l'Economie
et du Développement Durable des Territoires

Claude BALMELLE

Vous disposez d'un délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision pour déposer soit un recours gracieux devant le préfet ou un recours hiérarchique devant le ministre de l'agriculture, soit un recours contentieux devant le tribunal administratif. Dans le cas d'un recours gracieux ou hiérarchique, en cas de nouveau refus exprès ou tacite, par absence de réponse dans les deux mois du recours, vous disposez d'un nouveau délai de deux mois pour déposer un recours contentieux devant le tribunal administratif.

DRJSCS PACA

R93-2018-09-11-015

Arrêté fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "L'Ancre" géré par le Centre Hospitalier de Montfavet.

PRÉFET DE LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Direction régionale et départementale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

ARRÊTÉ

Fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018
du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) « L'Ancre »
géré par le Centre Hospitalier de Montfavet

SIRET N° 268 400 090 00018

FINESS N° 84 001 663 8

E.J. N° 21 02 34 62 79

Le Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,
Préfet de la Zone de Défense et de Sécurité Sud,
Préfet des Bouches-du-Rhône,

- VU le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L 312-1, L 314-1 et suivants ;
- VU la loi organique N° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;
- VU la loi N° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour l'année 2018 ;
- VU le décret N° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;
- VU les décrets n° 2012-1246 et 2012-1247 du 7 novembre 2012 et l'arrêté du 11 décembre 2012 relatifs à la gestion budgétaire et comptable publique ;
- VU le décret du Président de la République du 22 novembre 2017 nommant M. Pierre DARTOUT, préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, préfet de la zone de défense et de sécurité Sud, préfet des Bouches-du Rhône ;
- VU la convention de délégation de gestion conclue le 26 juin 2018 entre le préfet de région Provence-Alpes-Côte d'Azur et le préfet de Vaucluse, relative à la réalisation des actes d'instruction afférents à la procédure budgétaire des établissements et services sociaux financés par le budget de l'État ;
- VU l'arrêté du 9 mars 2018 portant délégation de signature du Préfet de région à M. Jean-Philippe BERLEMONT directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- VU l'arrêté du 12 mars 2018 fixant le modèle du tableau d'analyse de l'activité et des coûts de l'enquête nationale de coûts applicable au secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion prévue aux articles L. 345-1 et L. 322-8-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- VU l'arrêté du 2 mai 2018 fixant les tarifs plafonds prévus au deuxième alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles applicable aux établissements mentionnés au 8o du I de l'article L. 312-1 du même code au titre de l'année 2018 ;

- VU l'arrêté du 30 mai 2018 (paru au Journal officiel du 2 juin 2018) pris en application de l'article L. 314-4 du Code de l'action sociale et des familles, fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
- VU l'instruction N° DGCS/SD5/SD1/2018/130 du 23 mai 2018 relative à la campagne budgétaire du secteur « accueil, hébergement, insertion » pour 2018 ;
- VU le rapport d'orientation budgétaire établi pour les centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, en date du 25 juin 2018 ;
- VU l'arrêté préfectoral n° SI2007-11-23-0070-DDASS du 23 novembre 2007 autorisant en qualité de centre d'hébergement et de réinsertion sociale l'établissement CHRS « L'Ancre » géré par le Centre Hospitalier de Montfavet, pour une capacité de 15 places ;
- VU l'arrêté préfectoral n° 2012074-0002 du 14 mars 2012 modifiant la capacité du CHRS « L'Ancre » géré par le Centre Hospitalier de Montfavet , pour une capacité totale de 17 places ;
- VU l'arrêté préfectoral n° 2013186-0005 du 5 juillet 2013 portant modification de l'autorisation relative au fonctionnement du CHRS « L'Ancre » géré par le Centre Hospitalier de Montfavet ;
- VU l'arrêté préfectoral du 19 juin 2015 portant modification de la capacité du CHRS « L'Ancre » géré par le Centre Hospitalier de Montfavet, pour une capacité totale de 20 places ;
- VU les propositions budgétaires pour l'exercice 2018, présentées dans le budget prévisionnel 2018 du CHRS « L'Ancre », réceptionnées le 24 octobre 2017 ;

CONSIDÉRANT les propositions budgétaires pour l'exercice 2018, présentées par la personne ayant qualité pour représenter le CHRS «L'Ancre» géré par le Centre Hospitalier de Montfavet, réceptionnées le 24 octobre 2017 ;

CONSIDÉRANT les propositions de modifications budgétaires transmises par l'autorité de tarification en date du 18 juillet 2018 et notifiées le 20 juillet 2018 ;

CONSIDÉRANT la réponse de l'établissement en date du 20 juillet, reçue le 26 juillet 2018 ;

CONSIDÉRANT la décision d'autorisation budgétaire transmise par l'autorité de tarification en date du 30 juillet 2018 et notifiée le 1^{er} août 2018 ;

CONSIDÉRANT la procédure contradictoire menée conformément aux articles R 314-24 et suivants du Code de l'action sociale et des familles ;

CONSIDÉRANT la capacité totale autorisée de :

3 places d'hébergement d'urgence en regroupé ;

17 places d'insertion dont 4 places en diffus et 13 places en regroupé ;

SUR PROPOSITION de la Directrice départementale de la cohésion sociale de Vaucluse,

ARRÊTE

ARTICLE 1er :

Pour l'exercice 2018, les recettes et les dépenses prévisionnelles du CHRS « L'Ancre » géré par le Centre Hospitalier de Montfavet sont autorisées comme suit :

Budget d'exploitation – exercice 2018	Montants autorisés
Groupe I – dépenses afférentes à l'exploitation courante	26 770,00 €
Groupe II – dépenses afférentes au personnel	272 872,00 €
Groupe III – dépenses afférentes à la structure	19 233,00 €
Total dépenses groupes I - II - III	318 875,00 €
Groupe I – produits de la tarification	304 557,00 €
Groupe II – autres produits relatifs à l'exploitation	14 318,00 €
Groupe III – Produits financiers, exceptionnels ou non encaissables	0,00 €
Total produits groupes I - II - III	318 875,00 €

ARTICLE 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2018, la dotation globale de fonctionnement du CHRS « L'Ancre » géré par le Centre Hospitalier de Montfavet est fixée à **304 557 €** imputée sur les lignes suivantes :

- 017701051210/0177-12-12 (CHRS – Places d'urgence)
Montant : 41 519,79 € ;
- 017701051210/0177-12-10 (CHRS- Places d'hébergement stabilisation et insertion)
Montant : 263 037,21 €.

ARTICLE 3 :

En application de l'article R.314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de fonctionnement s'élève à **25 379,75 €**.

Les versements des douzièmes sont mandatés mensuellement sur le compte du Centre Hospitalier de Montfavet dédié à cet effet.

ARTICLE 4 :

La nouvelle tarification 2018 entre en vigueur au premier jour du mois qui suit la signature du présent arrêté ; conformément à l'article R. 314-35 du Code de l'action sociale et des familles, il est procédé à une régularisation des versements dus au titre de la période allant du 1er janvier de l'exercice à la date du nouveau tarif, avec versement du restant dû sur les mois restant à courir.

ARTICLE 5 :

Les recours dirigés contre le présent arrêté doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale Cour administrative d'appel, 184 rue Duguesclin 69 003 Lyon, dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

ARTICLE 6 :

Une copie du présent arrêté sera notifiée à l'établissement ou au service concerné.

ARTICLE 7 :

En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du code de l'action sociale et des familles susvisé, le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

ARTICLE 8 :

Le directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Provence-Alpes-Côte d'Azur, la directrice départementale de la cohésion sociale de Vaucluse et le président ayant qualité pour représenter le CHRS « L'Ancre » géré par le Centre Hospitalier de Montfavet, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Marseille, le 11 septembre 2018

Pour le Préfet, par délégation
Pour le Directeur régional et départemental,
Le Directeur régional adjoint



Gérard DELGA

DRJSCS PACA

R93-2018-09-11-018

Arrêté fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "Saint François" géré par la délégation départementale "Croix Rouge Française" de Vaucluse.

PRÉFET DE LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Direction régionale et départementale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

ARRÊTÉ

Fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018
du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) « Saint-François »
géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse

SIRET N° 775 672 272 19843

FINESS N° 84 000 644 9

E.J. N° 21 02 34 58 86

Le Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,
Préfet de la Zone de Défense et de Sécurité Sud,
Préfet des Bouches-du-Rhône,

- VU le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L 312-1, L 314-1 et suivants ;
- VU la loi organique N° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;
- VU la loi N° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour l'année 2018 ;
- VU le décret N° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;
- VU les décrets n° 2012-1246 et 2012-1247 du 7 novembre 2012 et l'arrêté du 11 décembre 2012 relatifs à la gestion budgétaire et comptable publique ;
- VU le décret du Président de la République du 22 novembre 2017 nommant M. Pierre DARTOUT, préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, préfet de la zone de défense et de sécurité Sud, préfet des Bouches-du Rhône ;
- VU la convention de délégation de gestion conclue le 26 juin 2018 entre le préfet de région Provence-Alpes-Côte d'Azur et le préfet de Vaucluse, relative à la réalisation des actes d'instruction afférents à la procédure budgétaire des établissements et services sociaux financés par le budget de l'État ;
- VU l'arrêté du 9 mars 2018 portant délégation de signature du Préfet de région à M. Jean-Philippe BERLEMONT directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- VU l'arrêté du 12 mars 2018 fixant le modèle du tableau d'analyse de l'activité et des coûts de l'enquête nationale de coûts applicable au secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion prévue aux articles L. 345-1 et L. 322-8-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- VU l'arrêté du 2 mai 2018 fixant les tarifs plafonds prévus au deuxième alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles applicable aux établissements mentionnés au 8° du I de l'article L. 312-1 du même code au titre de l'année 2018 ;

- VU l'arrêté du 30 mai 2018 (paru au Journal officiel du 2 juin 2018) pris en application de l'article L. 314-4 du Code de l'action sociale et des familles, fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
- VU l'instruction N° DGCS/SD5/SD1/2018/130 du 23 mai 2018 relative à la campagne budgétaire du secteur « accueil, hébergement, insertion » pour 2018 ;
- VU le rapport d'orientation budgétaire établi pour les centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, en date du 25 juin 2018 ;
- VU l'arrêté préfectoral du 24 juillet 2003 autorisant en qualité de centre d'hébergement et de réinsertion sociale l'établissement CHRS « Saint-François » géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse ;
- VU l'arrêté du 15 octobre 2013 portant modification de l'autorisation relative au fonctionnement du CHRS « Saint-François » géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse ;
- VU l'arrêté préfectoral du 19 juin 2015 portant modification de la capacité du CHRS « Saint-François » géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse, pour une capacité totale de 41 places ;
- VU l'arrêté préfectoral du 1^{er} août 2018 de renouvellement d'autorisation de fonctionnement délivré à l'établissement CHRS « Saint-François » géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse ;
- VU les propositions budgétaires pour l'exercice 2018, présentées dans le budget prévisionnel 2018 du CHRS géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse, transmises le 31 octobre 2017 et réceptionnées le 02 novembre 2017 ;

CONSIDÉRANT la déclaration faite lors de l'Enquête nationale des Coûts (ENC) 2017 mentionnée à l'arrêté du 12 mars 2018 ;

CONSIDÉRANT les propositions budgétaires pour l'exercice 2018, présentées par la personne ayant qualité pour représenter le CHRS « Saint-François » géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse, transmises le 31 octobre 2017 et réceptionnées le 02 novembre 2017 ;

CONSIDÉRANT les propositions de modifications budgétaires transmises par l'autorité de tarification en date du 18 juillet 2018 et notifiées le 20 juillet 2018 ;

CONSIDÉRANT la réponse de l'établissement en date du 26 juillet 2018 et reçue le 27 juillet 2018 ;

CONSIDÉRANT la décision d'autorisation budgétaire transmise par l'autorité de tarification en date du 30 juillet 2018 et notifiée le 02 août 2018 ;

CONSIDÉRANT la procédure contradictoire menée conformément aux articles R 314-24 et suivants du Code de l'action sociale et des familles ;

CONSIDÉRANT la capacité totale autorisée de :

12 places d'hébergement d'urgence en regroupé ;

29 places d'insertion dont 9 places en diffus et 20 places en regroupé ;

SUR PROPOSITION de la Directrice départementale de la cohésion sociale de Vaucluse,

A R R Ê T E

ARTICLE 1er :

Pour l'exercice 2018, les recettes et les dépenses prévisionnelles du CHRS « Saint-François » géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse sont autorisées comme suit :

Budget d'exploitation – exercice 2018	Montants autorisés
Groupe I – dépenses afférentes à l'exploitation courante	110 579,00 €
Groupe II – dépenses afférentes au personnel	466 093,00 €
Groupe III – dépenses afférentes à la structure	117 949,00 €
Total dépenses groupes I - II - III	694 621,00 €
Groupe I – produits de la tarification	614 021,00 €
Groupe II – autres produits relatifs à l'exploitation	79 000,00 €
Groupe III – Produits financiers, exceptionnels ou non encaissables	1 600,00 €
Total produits groupes I - II - III	694 621,00 €

ARTICLE 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2018, la dotation globale de fonctionnement du CHRS « Saint-François » géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse est fixée à **614 021 €** imputée sur les lignes suivantes :

- 017701051210/0177-12-12 (CHRS – Places d'urgence)
Montant : 167 130,69 €
- 017701051210/0177-12-10 (CHRS- Places d'hébergement stabilisation et insertion)
Montant : 446 890,31 €.

ARTICLE 3 :

En application de l'article R.314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de fonctionnement s'élève à **51 168,41 €**.

Les versements des douzièmes sont mandatés mensuellement sur le compte de la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse dédié à cet effet.

ARTICLE 4 :

La nouvelle tarification 2018 entre en vigueur au premier jour du mois qui suit la signature du présent arrêté ; conformément à l'article R. 314-35 du Code de l'action sociale et des familles, il est procédé à une régularisation des versements dus au titre de la période allant du 1er janvier de l'exercice à la date du nouveau tarif, avec versement du restant dû sur les mois restant à courir.

ARTICLE 5 :

Les recours dirigés contre le présent arrêté doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale Cour administrative d'appel, 184 rue Duguesclin, 69 003 Lyon, dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

ARTICLE 6 :

Une copie du présent arrêté sera notifiée à l'établissement ou au service concerné.

ARTICLE 7 :

En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du code de l'action sociale et des familles susvisé, le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

ARTICLE 8 :

Le directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Provence-Alpes-Côte d'Azur, la directrice départementale de la cohésion sociale de Vaucluse et le président ayant qualité pour représenter le CHRS « Saint-François » géré par la délégation départementale « Croix-Rouge française » de Vaucluse, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Marseille, le 11 septembre 2018

Pour le Préfet, par délégation
Pour le Directeur régional et départemental,
Le Directeur régional adjoint



Gérard DELGA

DRJSCS PACA

R93-2018-09-11-016

Arrêté fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) "Villa Médicis" géré par l'association Habitat Alternatif Social - HAS.

PREFET DE LA REGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Direction régionale et départementale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

ARRÊTÉ

Fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018
du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) « Villa Médicis »
géré par l'association Habitat Alternatif Social - HAS

SIRET N° 334 626 728 00045

FINESS N° 84 001 587 9

E.J. N° 21 02 34 62 81

Le Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,
Préfet de la Zone de Défense et de Sécurité Sud,
Préfet des Bouches-du-Rhône,

- VU le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L 312-1, L 314-1 et suivants ;
- VU la loi organique N° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;
- VU la loi N° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour l'année 2018 ;
- VU le décret N° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;
- VU les décrets n° 2012-1246 et 2012-1247 du 7 novembre 2012 et l'arrêté du 11 décembre 2012 relatifs à la gestion budgétaire et comptable publique ;
- VU le décret du Président de la République du 22 novembre 2017 nommant M. Pierre DARTOUT, préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, préfet de la zone de défense et de sécurité Sud, préfet des Bouches-du Rhône ;
- VU la convention de délégation de gestion conclue le 26 juin 2018 entre le préfet de région Provence-Alpes-Côte d'Azur et le préfet de Vaucluse, relative à la réalisation des actes d'instruction afférents à la procédure budgétaire des établissements et services sociaux financés par le budget de l'État ;
- VU l'arrêté du 9 mars 2018 portant délégation de signature du Préfet de région à M. Jean-Philippe BERLEMONT directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- VU l'arrêté du 12 mars 2018 fixant le modèle du tableau d'analyse de l'activité et des coûts de l'enquête nationale de coûts applicable au secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion prévue aux articles L. 345-1 et L. 322-8-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- VU l'arrêté du 2 mai 2018 fixant les tarifs plafonds prévus au deuxième alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles applicable aux établissements mentionnés au 8o du I de l'article L. 312-1 du même code au titre de l'année 2018 ;

- VU l'arrêté du 30 mai 2018 (paru au Journal officiel du 2 juin 2018) pris en application de l'article L. 314-4 du Code de l'action sociale et des familles, fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
- VU l'instruction N° DGCS/SD5/SD1/2018/130 du 23 mai 2018 relative à la campagne budgétaire du secteur « accueil, hébergement, insertion » pour 2018 ;
- VU le rapport d'orientation budgétaire établi pour les centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, en date du 25 juin 2018 ;
- VU l'arrêté préfectoral n° SI2007-05-15-0180-DDASS du 15 mai 2007 autorisant en qualité de centre d'hébergement et de réinsertion sociale l'établissement CHRS « Villa Médicis » géré par l'association Collectif d'Action des Sans Abri - CASA, pour une capacité de 24 places ;
- VU l'arrêté préfectoral n°2013142-008 du 22 mai 2013 portant cession de l'autorisation relative au fonctionnement du CHRS « Villa Médicis » de l'association Collectif d'Action des Sans Abri – CASA, à l'association Habitat Alternatif Social – HAS ;
- VU l'arrêté préfectoral du 12 novembre 2015 portant modification de l'autorisation relative au fonctionnement du CHRS « Villa Médicis » géré par l'association HAS ;
- VU les propositions budgétaires pour l'exercice 2018, présentées dans le budget prévisionnel 2018 du CHRS « Villa Médicis » géré par l'association HAS, transmises par courrier le 30 octobre 2017 ;

CONSIDÉRANT la déclaration faite lors de l'Enquête nationale des Coûts (ENC) 2017 mentionnée à l'arrêté du 12 mars 2018 ;

CONSIDÉRANT les propositions budgétaires pour l'exercice 2018, présentées par la personne ayant qualité pour représenter le CHRS « Villa Médicis » géré par l'association HAS, transmises par courrier le 30 octobre 2017 ;

CONSIDÉRANT les propositions de modifications budgétaires transmises par l'autorité de tarification en date du 18 juillet 2018 et notifiées le 20 juillet 2018 ;

CONSIDÉRANT la réponse de l'établissement en date du 20 juillet 2018 reçue le 24 juillet 2018 ;

CONSIDÉRANT la décision d'autorisation budgétaire transmise par l'autorité de tarification en date du 30 juillet 2018 et notifiée le 1^{er} août 2018 ;

CONSIDÉRANT la procédure contradictoire menée conformément aux articles R 314-24 et suivants du Code de l'action sociale et des familles ;

CONSIDÉRANT la capacité totale autorisée de 24 places d'insertion en diffus ;

SUR PROPOSITION de la Directrice départementale de la cohésion sociale de Vaucluse,

A R R Ê T E

ARTICLE 1er :

Pour l'exercice 2018, les recettes et les dépenses prévisionnelles du CHRS « Villa Médicis » géré par l'association HAS sont autorisées comme suit :

Budget d'exploitation – exercice 2018	Montants autorisés
Groupe I – dépenses afférentes à l'exploitation courante	40 580,00 €
Groupe II – dépenses afférentes au personnel	242 533,00 €
Groupe III – dépenses afférentes à la structure	124 525,00 €
Total dépenses groupes I - II - III	407 638,00 €
Groupe I – produits de la tarification	357 638,00 €
Groupe II – autres produits relatifs à l'exploitation	50 000,00 €
Groupe III – Produits financiers, exceptionnels ou non encaissables	0,00 €
Total produits groupes I - II - III	407 638,00 €

ARTICLE 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2018, la dotation globale de fonctionnement du CHRS « Villa Médicis » géré par l'association HAS est fixée à **357 638 €** imputée sur la ligne suivante :

- 017701051210/0177-12-10 (CHRS- Places d'hébergement stabilisation et insertion)
Montant : 357 638 €.

ARTICLE 3 :

En application de l'article R.314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de fonctionnement s'élève à **29 803,16 €**.

Les versements des douzièmes sont mandatés mensuellement sur le compte de l'association HAS dédié à cet effet.

ARTICLE 4 :

La nouvelle tarification 2018 entre en vigueur au premier jour du mois qui suit la signature du présent arrêté ; conformément à l'article R. 314-35 du Code de l'action sociale et des familles, il est procédé à une régularisation des versements dus au titre de la période allant du 1er janvier de l'exercice à la date du nouveau tarif, avec versement du restant dû sur les mois restant à courir.

ARTICLE 5 :

Les recours dirigés contre le présent arrêté doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale Cour administrative d'appel, 184 rue Duguesclin 69 003 Lyon, dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

ARTICLE 6 :

Une copie du présent arrêté sera notifiée à l'établissement ou au service concerné.

ARTICLE 7 :

En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du code de l'action sociale et des familles susvisé, le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

ARTICLE 8 :

Le directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Provence-Alpes-Côte d'Azur, la directrice départementale de la cohésion sociale de Vaucluse et le président ayant qualité pour représenter le CHRS « Villa Médicis » géré par l'association HAS, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Marseille, le 11 septembre 2018

Pour le Préfet, par délégation
Pour le Directeur régional et départemental,
Le Directeur régional adjoint



Gérard DELGA

DRJSCS PACA

R93-2018-09-11-017

Arrêté fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) géré par l'association IMAGINE 84.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Direction régionale et départementale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

ARRÊTÉ

Fixant la dotation globale de fonctionnement pour l'année 2018
du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)
géré par l'association « SIAO de Vaucluse – Imagine 84 »

SIRET N° 387 609 563 00037

FINESS N° 84 000 781 9

E.J. N° 21 02 34 64 79

Le Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,
Préfet de la Zone de Défense et de Sécurité Sud,
Préfet des Bouches-du-Rhône,

- VU le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L 312-1, L 314-1 et suivants ;
- VU la loi organique N° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;
- VU la loi N° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour l'année 2018 ;
- VU le décret N° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;
- VU les décrets n° 2012-1246 et 2012-1247 du 7 novembre 2012 et l'arrêté du 11 décembre 2012 relatifs à la gestion budgétaire et comptable publique ;
- VU le décret du Président de la République du 22 novembre 2017 nommant M. Pierre DARTOUT, préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, préfet de la zone de défense et de sécurité Sud, préfet des Bouches-du Rhône ;
- VU la convention de délégation de gestion conclue le 26 juin 2018 entre le préfet de région Provence-Alpes-Côte d'Azur et le préfet de Vaucluse, relative à la réalisation des actes d'instruction afférents à la procédure budgétaire des établissements et services sociaux financés par le budget de l'État ;
- VU l'arrêté du 9 mars 2018 portant délégation de signature du Préfet de région à M. Jean-Philippe BERLEMONT directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- VU l'arrêté du 12 mars 2018 fixant le modèle du tableau d'analyse de l'activité et des coûts de l'enquête nationale de coûts applicable au secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion prévue aux articles L. 345-1 et L. 322-8-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- VU l'arrêté du 2 mai 2018 fixant les tarifs plafonds prévus au deuxième alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles applicable aux établissements mentionnés au 8° du I de l'article L. 312-1 du même code au titre de l'année 2018 ;

- 1 -

- VU l'arrêté du 30 mai 2018 (paru au Journal officiel du 2 juin 2018) pris en application de l'article L. 314-4 du Code de l'action sociale et des familles, fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
- VU l'instruction N° DGCS/SD5/SD1/2018/130 du 23 mai 2018 relative à la campagne budgétaire du secteur « accueil, hébergement, insertion » pour 2018 ;
- VU le rapport d'orientation budgétaire établi pour les centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, en date du 25 juin 2018 ;
- VU l'arrêté préfectoral du 2 septembre 2003 autorisant la création par l'association « Imagine 84 » du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale « SIAO » ;
- VU les propositions budgétaires pour l'exercice 2018, présentées dans le budget prévisionnel 2018 du CHRS géré par l'association « SIAO de Vaucluse – Imagine 84 », réceptionnée le 31 octobre 2017 ;

CONSIDÉRANT la déclaration faite lors de l'Enquête nationale des Coûts (ENC) 2017 mentionnée à l'arrêté du 12 mars 2018 ;

CONSIDÉRANT les propositions budgétaires pour l'exercice 2018, présentées par la personne ayant qualité pour représenter le CHRS de l'association « SIAO de Vaucluse – Imagine 84 », réceptionnées le 31 octobre 2017 ;

CONSIDÉRANT les propositions de modifications budgétaires transmises par l'autorité de tarification en date du 18 juillet 2018 et notifiées le 20 juillet 2018 ;

CONSIDÉRANT la réponse de l'établissement reçue le 23 juillet 2018 ;

CONSIDÉRANT la décision d'autorisation budgétaire transmise par l'autorité de tarification en date du 30 juillet 2018 et notifiée le 02 août 2018 ;

CONSIDÉRANT la procédure contradictoire menée conformément aux articles R 314-24 et suivants du Code de l'action sociale et des familles ;

SUR PROPOSITION de la Directrice départementale de la cohésion sociale de Vaucluse,

A R R Ê T E

ARTICLE 1er :

Pour l'exercice 2018, les recettes et les dépenses prévisionnelles du CHRS de l'association « SIAO de Vaucluse – Imagine 84 » sont autorisées comme suit :

Budget d'exploitation – exercice 2018	Montants autorisés
Groupe I – dépenses afférentes à l'exploitation courante	12 000,00 €
Groupe II – dépenses afférentes au personnel	262 527,00 €
Groupe III – dépenses afférentes à la structure	21 967,00 €
Total dépenses groupes I - II - III	296 494,00 €
Groupe I – produits de la tarification	296 494,00 €
Groupe II – autres produits relatifs à l'exploitation	0,00 €
Groupe III – Produits financiers, exceptionnels ou non encaissables	0,00 €
Total produits groupes I - II - III	296 494,00 €

ARTICLE 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2018, la dotation globale de fonctionnement du CHRS de l'association « SIAO de Vaucluse – Imagine 84 » est fixée à **296 494 €** imputée sur les lignes suivantes :

- 017701051212/0177-12-11 (CHRS – Autres activités)
Montant : 296 494 €.

ARTICLE 3 :

En application de l'article R.314-107 du code de l'action sociale et des familles, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de fonctionnement s'élève à **24 707,83 €**.

Les versements des douzièmes sont mandatés mensuellement sur le compte de l'association « SIAO de Vaucluse – Imagine 84 » dédié à cet effet.

ARTICLE 4 :

La nouvelle tarification 2018 entre en vigueur au premier jour du mois qui suit la signature du présent arrêté ; conformément à l'article R. 314-35 du Code de l'action sociale et des familles, il est procédé à une régularisation des versements dus au titre de la période allant du 1er janvier de l'exercice à la date du nouveau tarif, avec versement du restant dû sur les mois restant à courir.

ARTICLE 5 :

Les recours dirigés contre le présent arrêté doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale Cour administrative d'appel, 184 rue Duguesclin, 69 003 Lyon, dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

ARTICLE 6 :

Une copie du présent arrêté sera notifiée à l'établissement ou au service concerné.

ARTICLE 7 :

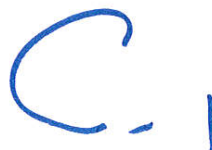
En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du code de l'action sociale et des familles susvisé, le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

ARTICLE 8 :

Le directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Provence-Alpes-Côte d'Azur, la directrice départementale de la cohésion sociale de Vaucluse et le président ayant qualité pour représenter le CHRS de l'association « SIAO de Vaucluse – Imagine 84 », sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Marseille, le 11 septembre 2018

Pour le Préfet, par délégation
Pour le Directeur régional et départemental,
Le Directeur régional adjoint



Gérard DELGA

DRJSCS PACA

R93-2018-09-11-014

Arrêté portant agrément de l'association ISATIS au titre de l'article L365-4 du code de la construction et de l'habitation pour les activités d'intermédiation locative et gestion locative sociale qu'elle mènera dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes, des Alpes-Maritimes, des Bouches du Rhône, du Var et du Vaucluse.



PRÉFET DE LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

ARRÊTÉ

Portant agrément de l'association ISATIS au titre de l'article L365-4 du code de la construction et de l'habitation pour les activités d'intermédiation locative et gestion locative sociale qu'elle mènera dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes, des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône, du Var et du Vaucluse

<<----->>

Le Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur,
Préfet de la Zone de Défense et de Sécurité Sud,
Préfet des Bouches-du-Rhône,

- VU la loi N° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et de lutte contre l'exclusion,
- VU le code de la construction et de l'habitation et notamment l'article L365-4 du code de la construction et de l'habitation,
- VU le décret n°2009-1684 du 30 décembre 2009 relatif aux agréments des organismes exerçant des activités en faveur du logement et de l'hébergement des personnes défavorisées,
- VU la circulaire du 6 septembre 2010 relative aux agréments des organismes agissant en faveur du logement et de l'hébergement des personnes défavorisées,
- VU le dossier transmis par le représentant légal de l'association ISATIS et déclaré complet,
- VU l'avis favorable de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Provence, Alpes, Côte d'Azur qui a examiné les capacités de l'organisme à mener de telles activités conformément à l'article R365-1-2° du code de la construction et de l'habitation,
- VU l'arrêté du 9 mars 2018 portant délégation de signature du Préfet de région à M. Jean-Philippe BERLEMONT directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

ARRÊTE

ARTICLE 1er :

L'organisme à gestion désintéressée, ISATIS – 6 avenue Henri Barbusse – Immeuble Astragale – 06100 NICE, est agréé pour les activités d'intermédiation locative et gestion locative sociale mentionnées à l'article R365-1-3° du code de la construction et de l'habitation à savoir :

- a - la location de logements en vue de leur sous-location auprès d'un organisme agréé pour son activité de maîtrise d'ouvrage ou d'un organisme HLM ;
- b - la location de logements en vue de leur sous location auprès de bailleurs autres que les organismes HLM : il s'agit notamment des bailleurs autres que des morales, sociétés d'économie mixte et des collectivités locales ;
- c - la location de logement en vue de l'hébergement de personnes défavorisées auprès d'un organisme conventionné à l'ALT ;
- d - la location d'un hôtel destiné à l'hébergement auprès d'un organisme HLM ;
- f - la gestion de résidence sociale.

ARTICLE 2 :

L'agrément est délivré pour une durée de 5 ans renouvelable, à compter du 14 août 2018. L'agrément peut être retiré à tout moment par l'autorité administrative compétente si l'organisme ne satisfait plus aux conditions de délivrance de l'agrément ou s'il est constaté un manquement grave ou répété à ses obligations.

Le retrait est prononcé après avoir mis les dirigeants de l'organisme en mesure de présenter leurs observations.

ARTICLE 3 :

Un compte-rendu de l'activité concernée et les comptes financiers de l'organisme seront adressés annuellement à l'autorité administrative compétente qui a délivré l'agrément.

Cette dernière peut à tout moment contrôler les conditions d'exercice de l'activité de l'organisme. Toute modification statutaire est notifiée sans délai à l'autorité administrative.

ARTICLE 4 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal Administratif de Marseille – 22 rue de Breteuil – 13006 MARSEILLE dans les deux mois suivant sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Provence-Alpes Côte d'Azur.

ARTICLE 5 :

Le Directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Provence, Alpes, Côte d'Azur est en charge de l'exécution du présent arrêté qui sera inséré au recueil des actes administratifs de la Préfecture.

Marseille, le 11 septembre 2018

Pour le Préfet, par délégation
Pour le Directeur régional et départemental,
Le Directeur régional adjoint



Gérard DELGA

Mission Nationale de Contrôle (MNC) et d'audit des
organismes de Sécurité Sociale

R93-2018-09-24-007

Arrêté modificatif n° 4/21RG2018/5 du 24 septembre 2018
portant modification de la composition des membres du
conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
(CPAM) des Alpes-Maritimes



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté modificatif n° 4/21RG2018/5 du 24 septembre 2018
portant modification de la composition des membres du conseil de la
Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) des Alpes-Maritimes

La ministre des solidarités et de la santé,

- Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 211-2, R. 211-1 et D. 231-1, D. 231-1-1 et D. 231-4,
- Vu l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif aux institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et siégeant au sein du conseil des Caisses Primaires d'Assurance Maladie,
- Vu l'arrêté n°21RG2018/1 du 26 mars 2018 portant nomination des membres du conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes Maritimes,
- Vu les arrêtés n° 1/21RG2018/2 du 20 avril 2018, n°2/21RG2018/3 du 9 mai 2018 et n°3/21RG2018/4 du 10 septembre 2018 portant modification de la composition du conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes Maritimes,
- Vu la proposition de désignation d'un conseiller appelé à siéger au sein dudit conseil formulée, s'agissant des représentants des institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie, par l'Association des Accidentés de la Vie (FNATH),

ARRETE :

Article 1er

Est nommé membre du conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes Maritimes :

- **En tant que représentant des institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie :**

Sur désignation de l'Association des Accidentés de la Vie – FNATH

Suppléant M. Rémi BEAUCLAIR

Le document annexé au présent arrêté tient compte de cette modification.

Article 2

Le chef d'antenne de Marseille de la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Fait à Marseille, le 24 septembre 2018

La ministre des solidarités et de la santé,
Pour la ministre et par délégation :
Le chef d'antenne de Marseille de la Mission
Nationale de Contrôle et d'audit des
organismes de sécurité sociale

Pour le Directeur de la Sécurité Sociale
et par délégation
Le Chef d'antenne

« Signé »

Dominique MARECALLE

ANNEXE - Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes Maritimes

Organisations désignatrices	Statut	Nom	Prénom	
En tant que Représentants des assurés sociaux :	CGT	Titulaire(s)	GIUDICELLI	Valérie
			LAMY-CHARRIER	Franck
		Suppléant(s)	MOUTON	Adeline
			ROGGERO	Aurélie
	CGT - FO	Titulaire(s)	DUMAS	Pascal
			PERROT	Roselyne
		Suppléant(s)	GREER	Eric
			SEPULCRE	Jean-Yves
	CFDT	Titulaire(s)	SIMONE	Alain
			VALTRIANI	Christelle
		Suppléant(s)	BEAUSSOLEIL	Christine
	D'EURVEILLER		Antoine	
	CFTC	Titulaire(s)	STRANGIO	Henri
		Suppléant(s)	CONTI	Mercedes
CFE - CGC	Titulaire(s)	LAUBRY	Laurent	
	Suppléant(s)	CHAUDOIN	Murielle	
En tant que Représentants des employeurs :	MEDEF	Titulaire(s)	BRICAT	Michèle
			CESAIRE-GEDEON	Véronique
			LELAURAIN	Dominique
			PINEAU VALLIN	Philippe
		Suppléant(s)	CHIBOIS	Chantal
			RAMPAL	Yannick
			TITON	Valérie
			BARTOLO	Regina
	CPME	Titulaire(s)	LAPORTE	Dominique
			NOUGAREDE	Pascal
		Suppléant(s)	CARVI	Amandine
			PACCINO	Michel
	U2P	Titulaire(s)	BERDAH	Stéphane
			POUILHES	Chantal
Suppléant(s)		ALLOUCH	Patricia	
		BERARDI	Martine	
En tant que Représentants de la mutualité :	FNMF	Titulaire(s)	ROUSSEL	Louisa
			SMITH	Paul
		Suppléant(s)	LE GUEN	Lionel
			MENARDO	Norbert
Institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie :	FNATH	Titulaire(s)	FIDEL	Jean Pierre
		Suppléant(s)	BEAUCLAIR	Rémi
	UNAASS	Titulaire(s)	FISSON	Maria-Teresa
		Suppléant(s)	CALEMI	Anna
	UDAF/UNAF	Titulaire(s)	OLIVIERI	Michèle
		Suppléant(s)	GAUBERTI	Gérard
UNAPL	Titulaire(s)	MARCHE	Benoît	
	Suppléant(s)	TARTAR	Claude	
Personne qualifiée		HACEN	Karim	
Dernière mise à jour :		24/09/2018		

Dernière(s) modification(s)

Rectorat de l'académie de Nice

R93-2018-09-19-008

Délégation de signature administrative n° 2018-07 -
septembre 2018



RÉGION ACADÉMIQUE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



ARRETE N° 2018-07
portant délégation de signature
des décisions administratives

Le Recteur de l'Académie de Nice
Chancelier des Universités

VU le code de l'éducation, notamment les articles R.222-19, D.222-20 et D.222-35 ;

VU le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et les départements ;

VU le décret n° 2004-703 du 13 juillet 2004 relatif aux dispositions réglementaires des livres I et II du code de l'éducation ;

VU le décret du Président de la République du 31 juillet 2015 publié au Journal Officiel de la République française le 2 août 2015, nommant Monsieur Emmanuel ETHIS, Recteur de l'académie de Nice ;

VU l'arrêté ministériel du 27 janvier 2017 nommant Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE, attaché d'administration hors classe, dans l'emploi de secrétaire général de l'académie de Nice, à compter du 23 octobre 2016, et ce, jusqu'au 23 janvier 2019 ;

VU l'arrêté ministériel du 31 janvier 2017 portant nomination de Monsieur Christophe ANTUNEZ, attaché d'administration hors classe, dans l'emploi d'adjoint au secrétaire général de l'académie de Nice, à compter du 23 octobre 2016, et ce, jusqu'au 31 mai 2021 ;

VU l'arrêté ministériel du 13 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Christian PEIFFERT, attaché d'administration hors classe, dans l'emploi d'adjoint au secrétaire général de l'académie de Nice, directeur des ressources humaines, à compter du 15 septembre 2017, et ce, jusqu'au 14 septembre 2021 ;

VU l'arrêté du Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur du 9 juillet 2018 portant délégation de signature à Monsieur Emmanuel ETHIS, Recteur de l'Académie de Nice ;

ARRÊTE

Article 1^{er} :

Délégation de signature est donnée à **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE**, secrétaire général de l'académie de Nice, à l'effet de signer, dans le cadre de ses attributions et compétences, toutes les décisions administratives.

Article 2 :

En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE**, la délégation de signature, qui lui est confiée par l'article premier du présent arrêté, sera exercée par **Monsieur Christophe ANTUNEZ**, adjoint au secrétaire général de l'académie de Nice.

Article 3 :

En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE** et de **Monsieur Christophe ANTUNEZ**, la délégation de signature sera exercée par **Monsieur Christian PEIFFERT**, adjoint au secrétaire général de l'académie de Nice, directeur des ressources humaines.

Article 4 :

En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE**, de **Monsieur Christophe ANTUNEZ** et de **Monsieur Christian PEIFFERT**, la délégation de signature confiée à **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE** par l'article premier du présent arrêté sera exercée de la façon suivante :

4.1. par **Monsieur Michaël RODOT**, chef du département des affaires générales et financières, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du département.

4.1.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Michaël RODOT**, la subdélégation confiée à Monsieur RODOT sera exercée par **Madame Safia HAOUAT**, cheffe du service des affaires générales et de l'achat public, par **Madame Florence LHUISSIER**, cheffe du service des déplacements et d'indemnisation des mobilités, et par **Madame Sylvie BROUEL**, cheffe du service de l'exécution de la dépense et du pilotage des process CHORUS, à l'effet de signer les actes de gestion administrative courants relevant des attributions de leurs services respectifs.

4.2. par **Madame Isabelle PAROLA**, cheffe du département des examens et concours, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les instructions, notes de service, rapports, études et correspondances diverses relatives à l'organisation des examens et concours.

4.2.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA sera exercée par **Madame Lise DE CILLIA**, adjointe à la cheffe du département, cheffe du service des examens généraux et technologiques, à l'effet de signer dans la limite de ses attributions les actes administratifs courants relevant du service.

4.2.2. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA sera exercée par **Madame Nicole ANELLI**, cheffe du service des examens professionnels et post-baccalauréat, à l'effet de signer, dans la limite des attributions du service, les actes de gestion administrative courants.

4.2.2.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA** et de **Madame Nicole ANELLI**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA sera exercée par **Madame Bruna UBALDI**, adjointe à la cheffe du service des examens professionnels et post-baccalauréat, à l'effet de signer, dans la limite des attributions du service, les actes de gestion administrative courants.

4.2.3. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA, sera exercée par **Monsieur Laurent PRATENSI**, chef du service des concours, à l'effet de signer dans la limite de ses attributions les actes administratifs courants relevant du service.

4.2.4. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA sera exercée par **Monsieur Bernard SICOT**, chef du service des sujets, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes administratifs courants relevant du service.

4.3. par **Monsieur Pierre COLONNA D'ISTRIA**, chef du département des systèmes d'information, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du département.

4.4. par **Madame Hélène MORELLO**, cheffe du département des établissements d'enseignement, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du département.

4.4.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Hélène MORELLO**, la subdélégation confiée à Madame MORELLO sera exercée par **Madame Pascale LENDREVIE**, cheffe du service de l'accompagnement et du suivi des politiques éducatives, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes administratifs courants relevant du service.

4.4.2. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Hélène MORELLO**, la subdélégation confiée à Madame MORELLO sera exercée par **Madame Elodie MALAUSSENA**, cheffe du service d'appui, du conseil et du suivi des établissements à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes administratifs courants relevant du service.

4.4.3. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Hélène MORELLO**, la subdélégation confiée à Madame MORELLO sera exercée par **Madame Catherine BELLENFANT**, cheffe du service de l'enseignement privé, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes administratifs courants relevant du service.

4.5. par **Madame Sophie VALLOUIS**, cheffe du service des prospectives et des performances, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.6. par **Madame Geneviève GAUDET**, cheffe du service de l'enseignement supérieur et de la recherche, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant de son service.

4.7. par **Monsieur Georges ARGIVIER**, chef du service de l'ingénierie régionale de l'équipement, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.7.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Georges ARGIVIER**, la subdélégation confiée à Monsieur ARGIVIER sera exercée par **Monsieur Patrice RENO**, conducteur d'opérations au service de l'ingénierie régionale de l'équipement, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.8. par **Madame Christine ROY**, adjointe à l'adjoint au secrétaire général, directeur des ressources humaines, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative relevant de la direction.

4.8.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Murielle BENACQUISTA**, cheffe du service de gestion individuelle et collective des personnels d'encadrement et A.T.S.S. à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.8.1.2. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY** et de **Madame Murielle BENACQUISTA**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Hélène PLOYET**, adjointe à la cheffe du service de gestion individuelle et collective des personnels d'encadrement et A.T.S.S., et par **Madame Anne-Marie DEROO**, adjointe à la cheffe du service de gestion individuelle et collective des personnels d'encadrement et A.T.S.S., à l'effet de signer, dans la limite de leurs attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.9. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Chantal BLAZY**, cheffe du service des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.9.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY** et de **Madame Chantal BLAZY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Michèle**

GRINDA, adjointe à la cheffe du service de gestion des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, par **Madame Mélanie PERFEZOU**, adjointe à la cheffe du service de gestion des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, et par **Madame Marine LE GALLO**, adjointe à la cheffe du service de gestion des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, à l'effet de signer, dans la limite de leurs attributions, les actes de gestion administrative courants relevant des attributions du service.

4.10. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Elisabeth FIORUCCI**, cheffe du service de gestion des affaires sociales et transversales, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.10.1 En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY** et de **Madame Elisabeth FIORUCCI**, la subdélégation de signature confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Catherine DUFOUR**, adjointe à la cheffe du service de gestion des affaires sociales et transversales, et par **Madame Coralie LEMAITRE**, adjointe à la cheffe du service de gestion des affaires sociales et transversales à l'effet de signer, dans la limite de leurs attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.11. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Catherine BELLENFANT**, cheffe du service de l'enseignement privé, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.11.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY** et de **Madame Catherine BELLENFANT**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Catherine DE LA CELLE**, adjointe à la cheffe du service de l'enseignement privé, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.12. par **Madame Catherine KOUYLOUDJIAN**, cheffe du service de la formation des personnels tout au long de la vie - personnels ATSS et d'encadrement, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant de son service.

4.13. par **Madame Sophie SIRY**, cheffe du service de la formation des personnels tout au long de la vie - personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant de son service.

4.14. par **Monsieur Patrick DESPREZ**, délégué académique à la formation professionnelle initiale et continue (D.A.F.P.I.C.), à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions :

- les instructions, notes de service, rapports, études et correspondances diverses relatives à la gestion courante de la stratégie académique de formation des adultes, et les correspondances avec les groupements d'établissements (G.R.E.T.A.) ;
- l'ensemble des actes relatifs à la taxe d'apprentissage et au fonctionnement des sections d'apprentissage.

4.14.1 En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Patrick DESPREZ**, la subdélégation confiée à Monsieur DESPREZ sera exercée par **Madame Laurence VANCAPPEL DUREUX**, coordonnatrice du service académique de l'inspection de l'apprentissage, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les demandes préalables en vue d'assurer des fonctions d'enseignement au sein des centres de formation d'apprentis (C.F.A.), les demandes de positionnement pour l'apprentissage, les demandes d'adaptation de la durée d'un contrat d'apprentissage, les contrats d'enseignement en C.F.A. et les contrats de travail en C.F.A.

4.15. par **Madame Laurence PATTI**, déléguée académique à l'éducation artistique et à l'action culturelle (D.A.A.C.), à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les conventions de partenariat relatives à la mise en œuvre de dispositifs intéressant l'éducation artistique et l'action culturelle.

4.16. par **Madame Nathalie FETNAN**, cheffe du service académique d'information et d'orientation (S.A.I.O.), à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion administrative courants relevant du service.

4.16.1 En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Nathalie FETNAN**, la subdélégation confiée à Madame FETNAN sera exercée par **Madame Marie-Madeleine HUGONNARD**, adjointe à la cheffe du S.A.I.O.

Article 5 :

Tout arrêté et dispositions antérieurs sont abrogés.

Article 6 :

Le Secrétaire Général de l'Académie de Nice est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR.

Fait à NICE, le 19 septembre 2018

Emmanuel ETHIS

Rectorat de l'académie de Nice

R93-2018-09-19-009

Subdélégation de signature financière n° 2018-08 -
septembre 2018



RÉGION ACADÉMIQUE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



ARRÊTÉ N° 2018-08
portant subdélégation de signature
des actes de gestion financière

Le Recteur de l'académie de Nice
Chancelier des universités

VU la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 modifiée relative aux lois de finances ;

VU le code de l'éducation, et notamment l'article D. 222-20 ;

VU la loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968 modifiée relative à la prescription des créances sur l'Etat, les départements, les communes et les établissements publics ;

VU la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, modifiée et complétée par la loi n° 82-623 du 22 juillet 1982 ;

VU le code des marchés publics ;

VU le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et les départements ;

VU le décret n° 2004-703 du 13 juillet 2004 modifié relatif aux dispositions réglementaires des livres I et II du code de l'éducation ;

VU le décret n° 2008-227 du 5 mars 2008 relatif à la responsabilité personnelle et pécuniaire des régisseurs ;

VU le décret n° 2008-228 du 5 mars 2008 relatif à la constatation et à l'apurement des débits des comptes publics et assimilés ;

VU le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

VU l'arrêté ministériel du 22 octobre 2008 relatif à la constatation des débits des comptes publics et assimilés et responsabilité personnelle et pécuniaire des régisseurs ;

VU l'arrêté du 3 juillet 2009 portant règlement de comptabilité pour la désignation des ordonnateurs secondaires et de leurs délégués, en ce qui concerne le ministère de l'éducation nationale ;

VU le décret du Président de la République du 31 juillet 2015 publié au Journal Officiel de la République française le 2 août 2015, nommant Monsieur Emmanuel ETHIS, Recteur de l'académie de Nice ;

VU l'arrêté ministériel du 27 janvier 2017 nommant Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE, attaché d'administration hors classe, dans l'emploi de secrétaire général de l'académie de Nice, à compter du 23 octobre 2016, et ce, jusqu'au 23 janvier 2019 ;

VU l'arrêté ministériel du 31 janvier 2017 portant nomination de Monsieur Christophe ANTUNEZ, attaché d'administration hors classe, dans l'emploi d'adjoint au secrétaire général de l'académie de Nice, à compter du 23 octobre 2016, et ce, jusqu'au 31 mai 2021 ;

VU l'arrêté ministériel du 13 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Christian PEIFFERT, attaché d'administration hors classe, dans l'emploi d'adjoint au secrétaire général de l'académie de Nice, directeur des ressources humaines, à compter du 15 septembre 2017, et ce, jusqu'au 14 septembre 2021 ;

VU l'arrêté du Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur du 11 décembre 2017 portant délégation de signature à Monsieur Emmanuel ETHIS, Recteur de l'Académie de Nice, concernant l'ordonnancement secondaire du budget de l'éducation nationale;

VU l'arrêté du Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur du 9 juillet 2018 portant délégation de signature à Monsieur Emmanuel ETHIS, Recteur de l'Académie de Nice ;

ARRÊTE

Article 1^{er} :

Subdélégation de signature est donnée à **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE**, secrétaire général de l'académie de Nice, à l'effet de signer les actes de gestion financière et, notamment, ceux qui concernent l'ordonnancement secondaire du budget de l'éducation nationale, tels qu'ils sont précisés dans l'arrêté préfectoral du 11 décembre 2017 susvisé.

Article 2 :

En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE**, la subdélégation de signature, qui lui est confiée par l'article premier du présent arrêté, sera exercée par **Monsieur Christophe ANTUNEZ**, adjoint au secrétaire général de l'académie de Nice.

Article 3 :

En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE**, et de **Monsieur Christophe ANTUNEZ**, la subdélégation de signature sera exercée par **Monsieur Christian PEIFFERT**, adjoint au secrétaire général de l'académie de Nice, directeur des ressources humaines.

Article 4 :

En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE**, de **Monsieur Christophe ANTUNEZ** et de **Monsieur Christian PEIFFERT**, la subdélégation de signature confiée à **Monsieur Pierre-Raoul VERNISSE** sera exercée de la façon suivante :

4.1. par **Monsieur Michaël RODOT**, chef du département des affaires générales et financières à l'effet de signer et valider dans CHORUS, dans la limite des attributions du département, les décisions financières concernant l'ordonnancement secondaire du budget de l'enseignement scolaire et du budget de l'enseignement supérieur, à savoir :

- a) les recettes et les dépenses relatives aux opérations pour le fonctionnement, l'investissement des services du rectorat, les frais liés à l'exécution des décisions de justice et à la protection juridique, les frais de déplacements, l'action sociale ;
- b) les délégations de budget : mise à disposition des crédits et réallocation de ressources ;
- c) les actes concernant les changements de résidence, les indemnités d'éloignement et les frais de déplacements ;
- d) l'apposition de la formule exécutoire sur les titres de recettes dès leur émission.

4.1.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Michaël RODOT**, la subdélégation confiée à Monsieur Michaël RODOT sera exercée par **Madame Safia HAOUAT**, cheffe du service des affaires générales et de l'achat public, par **Madame Florence LHUISSIER**, cheffe du service des déplacements et d'indemnisation des mobilités, et par **Madame Sylvie BROUEL**, cheffe du service de l'exécution de la dépense et du pilotage des process CHORUS, et ce, dans la limite de leurs attributions respectives.

4.1.1.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Michaël RODOT** et de **Madame Florence LHUISSIER**, la subdélégation est confiée à **Monsieur Nicolas SAINTOT**, **Madame Martine IANNONE** et à **Monsieur Marc PAROLA** pour les seules validations dans CHORUS-DT et dans CONCUR TRAVEL.

4.2. par **Madame Isabelle PAROLA**, cheffe du département des examens et concours, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions :

- les recettes et dépenses concernant les examens et concours, notamment les remboursements de frais de déplacement, les frais de jury et les vacataires,
- l'ensemble des dépenses de matériel et de fonctionnement relatives à l'organisation des examens et concours.

4.2.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA sera exercée par **Madame Marie-Hélène DRAPIER** pour les seules validations dans TRAVELDOO.

4.2.2. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA sera exercée par **Madame LISE DE CILLIA**, adjointe à la cheffe de département, cheffe du service des examens généraux et technologiques, à l'effet de signer dans la limite de ses attributions, les dépenses relevant du service.

4.2.3. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA sera exercée par **Madame Nicole ANELLI**, cheffe du service des examens professionnels et post-baccalauréat, à l'effet de signer, dans la limite des attributions du service, les dépenses relevant du service.

4.2.3.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA** et de **Madame Nicole ANELLI**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA sera exercée par **Madame Bruna UBALDI**, adjointe à la cheffe du service des examens professionnels et post-baccalauréat, à l'effet de signer, dans la limite des attributions du service, les dépenses relevant du service.

4.2.4. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA, sera exercée par **Monsieur Laurent PRATENSI**, chef du service des concours, à l'effet de signer dans la limite de ses attributions, les dépenses relevant du service.

4.2.5. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Isabelle PAROLA**, la subdélégation confiée à Madame PAROLA sera exercée par **Monsieur Bernard SICOT**, chef du service des sujets, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les dépenses relevant du service.

4.3. par **Monsieur Pierre COLONNA D'ISTRIA**, chef du département des systèmes d'information, à l'effet de signer les actes d'engagement de dépenses sur crédits informatiques relevant de son département.

4.4. par **Madame Hélène MORELLO**, cheffe du département des établissements d'enseignement, à l'effet de signer les actes d'engagement de dépenses sur crédits pédagogiques, éducatifs et fonds sociaux relevant du département.

4.4.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Hélène MORELLO**, la subdélégation qui lui est confiée à l'effet de signer les actes portant mandatement sera exercée par **Madame Pascale LENDREVIE**, cheffe du service de l'accompagnement et du suivi des politiques éducatives.

4.5. par **Madame Christine ROY**, adjointe à l'adjoint au secrétaire général, directeur des ressources humaines, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les actes de gestion financière relevant de la direction.

4.5.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Murielle BENACQUISTA**, cheffe du service de la gestion individuelle et collective des personnels d'encadrement et A.T.S.S., à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les dépenses relevant du service.

4.5.1.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY** et de **Madame Murielle BENACQUISTA**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Hélène PLOYET**, adjointe à la cheffe du service de la gestion individuelle et collective des personnels d'encadrement et A.T.S.S., et par **Madame Anne-Marie DEROO**, adjointe à la cheffe du service de la gestion individuelle et collective des personnels d'encadrement et A.T.S.S., à l'effet de signer, dans la limite de leurs attributions, les dépenses relevant des attributions du service.

4.5.2. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Chantal BLAZY**, cheffe du service des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les dépenses relevant du service.

4.5.2.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY** et de **Madame Chantal BLAZY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Michèle GRINDA**, adjointe à la cheffe du service des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, par **Madame Mélanie PERFEZOU**, adjointe à la cheffe du service des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, et par **Madame Marine LE GALLO**, adjointe à la cheffe du service de gestion des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, à l'effet de signer, dans la limite de leurs attributions, les dépenses relevant du service.

4.5.3. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Elisabeth FIORUCCI**, cheffe du service des affaires sociales et transversales, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les dépenses relevant du service.

4.5.3.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY** et de **Madame Elisabeth FIORUCCI**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Catherine DUFOUR** et par **Madame Coralie LEMAITRE**, adjointes à la cheffe du service des affaires sociales et transversales, à l'effet de signer, dans la limite de leurs attributions, les dépenses relevant du service.

4.6. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Catherine BELLENFANT**, cheffe du service de gestion de l'enseignement privé, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les dépenses relevant du service.

4.6.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Christine ROY** et de **Madame Catherine BELLENFANT**, la subdélégation confiée à Madame ROY sera exercée par **Madame Catherine DE LA CELLE**, adjointe à la cheffe du service de gestion de l'enseignement privé, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les dépenses relevant du service.

4.7. par **Madame Catherine KOUYOUNDJIAN**, cheffe du service de la formation des personnels ATSS et d'encadrement, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions, les dépenses relatives aux actions de formation mises en œuvre par le service.

4.7.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Catherine KOUYOUNDJIAN**, la subdélégation confiée à Madame KOUYOUNDJIAN sera exercée :

- pour les validations dans GAIA, par **Madame Aline CATANESE**, **Madame Patricia VOLPI** et **Madame Sophie ORABONA**.

- pour les validations dans TRAVELDOO, par **Madame Aline CATANESE, Madame Patricia VOLPI et Madame Sophie ORABONA.**

4.8. par **Madame Sophie SIRY**, cheffe du service de la formation des personnels enseignants, d'éducation et d'orientation, à l'effet de signer, y compris dans CHORUS-DT, dans la limite de ses attributions, les dépenses relatives aux actions de formation mises en œuvre par le service.

4.8.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Madame Sophie SIRY**, la subdélégation confiée à Madame SIRY sera exercée :

- pour les validations dans CHORUS-DT, par **Madame Emmanuelle GALIANA, Madame Harivololona RECAYTE et Madame Myriam TRUCHET.**
- pour les validations dans GAIA, par **Madame Charlotte DUPAIN, Madame Btisame FAHFAH, Madame Violène HOUDAIN, Madame Véronique MASIERO, Madame Harivololona RECAYTE et Madame Phoi Linh PHAN.**
- pour les validations dans TRAVELDOO, par **Madame Harivololona RECAYTE et Madame Véronique MASIERO.**

4.9. par **Monsieur Georges ARGIVIER**, chef du service de l'ingénierie régionale de l'équipement, à l'effet de signer, dans la limite de ses attributions :

- a) l'engagement et les actes ayant un caractère de décision pour les prestations inférieures à 25 000 euros H.T.
- b) les décisions de mise en demeure, les notifications d'actes signés par le Recteur et les notifications aux candidats pour les prestations supérieures à 25 000 euros H.T.
- c) les pièces financières, en recettes et dépenses, concernant l'ordonnancement secondaire des budgets du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (Programmes 0150 et 0231) relatives aux constructions universitaires.
- d) les pièces financières, en recettes et en dépenses, concernant l'ordonnancement secondaire du budget du ministère de l'éducation nationale (Programme 0214) relatives aux opérations d'investissements.

4.9.1. En cas d'absence ou d'empêchement de **Monsieur Georges ARGIVIER**, la subdélégation confiée à Monsieur ARGIVIER sera exercée par **Monsieur Patrice RENO**, conducteur d'opérations au service de l'ingénierie régionale de l'équipement.

Article 5 :

En fonction des habilitations accordées dans l'application CHORUS aux agents du centre de services partagés (C.S.P. académique CHORUS), une subdélégation de signature aux fins de valider les actes financiers et budgétaires est accordée aux agents dont les noms suivent :

5.1. Mise à disposition des crédits et réallocations de ressources :

- Monsieur Michaël RODOT
- Madame Corinne LARATORE
- Madame Marie-Thérèse FEVRE-MOREL
- Madame Stéphanie BENEDETTI
- Monsieur Georges ARGIVIER
- Monsieur Patrice RENO (uniquement le BOP 150 académique)

5.2. Validation des engagements juridiques et certification du service fait :

- Madame Sylvie BROUEL
- Madame Virginie MARTINO
- Madame Carole LOQUES
- Madame Marie-Hélène FLEURANT
- Madame Sylvie LEYDET
- Monsieur Georges ARGIVIER
- Monsieur Patrice RENO

5.3. Validation des demandes de paiement :

- Monsieur Michaël RODOT
- Madame Safia HAOUAT
- Madame Sylvie BROUEL
- Monsieur Georges ARGIVIER
- Madame Patrice RENO
- Madame Marie-Hélène FLEURANT
- Madame Carole LOQUES
- Madame Sylvie LEYDET

5.4. Validation des engagements de tiers (recettes)

- Madame Safia HAOUAT
- Madame Sylvie BROUEL
- Monsieur William BLONDEAU

5.5. Gestion des indus de paye (Titre II)

- Madame Elisabeth FIORUCCI

5.6. Responsable de l'exécution des recettes (validation des titres)

- Madame Safia HAOUAT
- Madame Elisabeth FIORUCCI (Titre II)

5.7. Opérations d'inventaire de fin d'année - Correspondant des travaux de fin de gestion

- Rattachement des charges à l'exercice
 - Madame Sylvie BROUEL
 - Madame Safia HAOUAT
- Rattachement des produits à l'exercice
 - Madame Safia HAOUAT
 - Madame Sylvie BROUEL

Article 6 :

Le Secrétaire Général de l'Académie de Nice est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR.

Fait à NICE, le 19 septembre 2018

Emmanuel ETHIS