PROJET REGIONAL DE SANTE

PROVENCE –ALPES
COTE D'AZUR

2012 - 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

EDITO

PROJET REGIONAL DE SANTE

Les documents qui suivent et dont vous allez prendre connaissance constituent le Projet Régional de Santé (PRS), applicable pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et pour la période 2012-2016.

Le principe de ce projet régional a été posé par la loi de juillet 2009, dite loi HPST. Ce projet est construit autour de plusieurs séquences :

❒ Le plan stratégique régional de santé (PSRS), qui, à partir de l'analyse de la situation de la région au regard de la santé de ses populations, des équipements existants, des conditions de prise en charge, des perspectives à venir liées en particulier à l'évolution du progrès et des techniques médicales et soignantes et de la démographie des professionnels de santé, définit les grandes orientations stratégiques et les principes d'action qui vont prévaloir pour la période à venir.

❒ Les schémas « sectoriels », qui traduisent les orientations stratégiques du PSRS dans les trois grands schémas régionaux qui vont prévoir l'organisation de l'offre régionale de santé : le schéma régional de prévention (SRP), le schéma régional d'organisation de soins (SROS-PRS) et le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

❒ Des programmes, qui constituent en quelque sorte les plans d'actions prévues par la loi pour certaines activités et certaines missions relevant des compétences de l'agence régionale de santé.

Ces documents sont le résultat d'un long travail engagé depuis plus d'un an par les équipes de l'agence, en collaboration et en association avec les représentants des professionnels de santé, dans le cadre des instructions reçues de la part des autorités nationales. Qu'il me soit permis, à cette occasion, de remercier très chaleureusement chacune et chacun pour son engagement et sa contribution. Ces remerciements sont d'autant plus vifs qu'il convenait également de réaliser cet exercice dans des contraintes de temps particulièrement serrées.

Mais au-delà de sa définition législative et réglementaire, au-delà du cadre d'évolution de l'offre de santé qu'il prévoit, le projet régional de santé et, en particulier les schémas d'organisation, s'attachent en priorité à traduire une philosophie générale, un état d'esprit qui nous semblent devoir présider à l'évolution de l'offre de santé et qui nourrissent les recommandations et orientations qui sont, à l'issue de ce travail de réflexions et d'échanges, arrêtées par l'agence régionale de santé.

S'il fallait résumer le sens général qui se trouve au cœur de notre démarche, c'est incontestablement une logique de responsabilités qui caractérise les conditions d'élaboration de ces documents. Et une responsabilité exercée vis-à-vis des personnes malades, des personnes vulnérables et, d'une manière générale, à l'égard de toutes celles et de tous ceux qui ont recours à notre système de santé.

Une responsabilité qui est ici convoquée pour prendre en compte un ensemble de réalités particulièrement prégnantes et qu'il serait précisément irresponsable de nier ou de minimiser.

Notre système de santé est réputé être l'un des plus satisfaisants au monde. De nombreuses données confirment ce constat général. Mais, pour autant, ce système de santé est confronté à des défis majeurs.

Pour ces défis, on soulignera en particulier la démographie des professionnels de santé et notamment celle du corps médical, les contraintes économiques et financières qui pèsent et pèseront de plus en plus sur l'équilibre des comptes sociaux, la couverture de nouveaux besoins de santé issus à la fois de l'évolution du progrès médical et du vieillissement de la population, le développement de normes techniques et de règles de bonnes pratiques pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge. A cette série de défis, s'ajoutent des problématiques plus régionales : celles des inégalités de santé entre les territoires et les populations, celles de l'ouverture et de la participation de l'ensemble des institutions et des acteurs de santé aux politiques de santé et aux parcours de soins, celles enfin des nécessaires évolutions des structures et de leur décloisonnement.

C'est sur ces bases que l'agence régionale de santé souhaite promouvoir trois idées fortes qui nous paraissent structurantes pour l'avenir :

❒ Faciliter un accès plus équitable au système régional de la santé et de l'autonomie.

Ce principe emporte trois conséquences majeures en termes d'impulsion de la part de l'agence.

- être capable d'identifier les besoins et les territoires prioritaires, afin d'éviter la dispersion des ressources disponibles ;
- être capable de réorienter une part de nos efforts sur le champ de la prévention et de la promotion de la santé, sachant que ce secteur mérite d'être soutenu et développé et que nous disposons de marges de progression sur l'espérance de vie en bonne santé ;
- être capable enfin de construire des démarches relatives au parcours de santé et de vie, en particulier pour ce qui concerne les maladies chroniques. Ceci suppose une meilleure coordination entre les professionnels de santé et la prise en compte des facteurs environnementaux dans nos politiques publiques.

❒ Partager l'évolution nécessaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale dans la région.

Ce principe suggère que, au regard des efforts qui seront demandés aux acteurs de santé, l'agence régionale de santé adapte ses méthodes et son organisation. C'est ainsi que nous devons :

- être clair dans l'affichage des priorités contenues dans le projet régional de santé et faire vivre les instances de concertation et d'échanges pour donner tout son sens à la démocratie sanitaire ;
- promouvoir, aussi loin qu'il est possible, une vraie démarche de contractualisation et d'évaluation, vis-à-vis des professionnels et des institutions, la contractualisation pour maîtriser les engagements et les réalisations, l'évaluation pour ajuster, voire remettre en cause, tel ou tel projet, ou telle ou telle option qui, à l'usage, ne s'avérerait pas pertinente.

❒ Conjuguer l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge avec l'efficience de nos dispositifs.

Ce principe appelle trois démarches incontournables :

- inciter les établissements à améliorer leur performance interne et promouvoir une organisation régionale permettant le développement des coopérations et la mise en œuvre des recompositions rendues nécessaires ;
- optimiser la gestion des compétences, notamment pour permettre une meilleure répartition territoriale des professionnels de santé ;
- rechercher, avec volontarisme et pragmatisme, le point d'équilibre entre sécurité et proximité.

❖
❖ ❖

Le projet régional de santé, proposé ci-après, s'efforce de répondre au mieux aux contraintes internes et externes, parfois contradictoires, qui pèsent sur notre système de santé. Par définition, c'est un exercice particulièrement difficile. Un exercice qui n'a pas cherché à bâtir un consensus inaccessible, mais qui repose sur la responsabilité de chacun devant l'évolution du système de santé ; un exercice qui n'a pas cherché à tout prévoir, ni à figer des orientations, mais qui sera ouvert aux compléments et aux ajustements qui s'avèreraient utiles et nécessaires ; un exercice qui ne se veut pas dogmatique mais qui propose des choix et des orientations dont la mise en œuvre saura ménager l'écoute et le pragmatisme nécessaires.

❖
❖ ❖

Le document qui vous est présenté fixe un cadre général. II prend naturellement en compte les grandes évolutions tendancielles qui s'imposent à tous.

Ces tendances seront marquées :

- ❒ dans le domaine sanitaire, par un mouvement inévitable vers une concentration maîtrisée des activités et des plateaux techniques relatifs aux soins les plus critiques, nécessitant le regroupement des équipements et des compétences ;

- ❒ dans le domaine de la médecine de ville, pour une évolution progressive et déjà discernable des modalités d'organisation traditionnelles, une évolution qui devrait tout à la fois préserver un cadre d'exercice libéral et dynamiser une notion de premier recours, essentielle à l'équilibre général de notre système de santé ;

- ❒ dans le domaine médico-social, par une mise en réseau territoriale, indispensable pour faire face au développement des prises en charge et améliorer l'efficience générale du dispositif ;

- ❒ dans le domaine de la santé publique, par une opportunité nouvelle, dans un cycle long, en faveur de la prévention et de la promotion de la santé ;

- ❒ d'une manière plus générale, par un développement significatif, et fortement incité par l'agence régionale de santé, des coopérations entre les établissements et les professionnels.

❖
❖ ❖

Ce projet régional de santé décrit une vision générale. Dès à présent, s'ouvre un nouveau chantier, consacré à la traduction concrète de cette vision dans des programmes territoriaux et dans la contractualisation avec les établissements.

Ce projet régional de santé est désormais votre projet régional de santé. Ensemble, nous travaillerons à sa mise en œuvre, dans un esprit de confiance et de responsabilité.

Dominique DEROUBAIX

SOMMAIRE

1 PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE

2 SCHEMAS SECTORIELS

- Schéma régional de prévention
- Schéma régional d'organisation de soins
- Schéma régional d'organisation médico-sociale

3 PROGRAMMES

- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)
- Programme régional de télémédecine
- Programme pluriannuel régional de gestion du risque
- Programme régional d'actions en faveur du respect et de la promotion des droits des usagers, et de la qualité de la prise en charge

PLAN STRATEGIQUE

REGIONAL DE SANTE

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SOMMAIRE

1 LA SANTE DANS LE CONTEXTE REGIONAL : UN TABLEAU CONTRASTE 6

1.1 La région PACA, terre de contrastes 6

1.1.1 De fortes disparités démographiques et sociales 6

1.1.2 De multiples facteurs de risques environnementaux, qui se cumulent dans certains territoires de la région 8

1.1.3 L'offre de soins et d'autonomie : une offre dense mais inégalement répartie 9

1.1.4 Une consommation de soins élevée mais inégalement répartie 11

1.2 Un état de santé globalement favorable mais avec de fortes disparités 12

2 PROMOUVOIR LA SANTE GLOBALE ET L'ACTION TERRITORIALE 15

2.1 Une vision globale de la santé se déclinant en principes d'action 15

2.1.1 Une vision global de la santé 15

2.1.2. Des principes d'action fédérateurs 15

2.2 Au service de politiques coordonnées et ancrées territorialement 17

2.2.1 Des politiques coordonnées 17

2.2.2. L'ancrage territorial 18

3 APPORTER DES REPONSES SUR DES THEMATIQUES STRATEGIQUES 20

3.1 Inégalités de santé 21

3.1.1 Réduire les écarts d'accès à la santé 21

3.1.2 Objectifs 22

3.2 Personnes en situation de handicap et personnes agées 24

3.2.1 Prévenir et accompagner la perte d'autonomie 24

3.2.2 Objectifs 24

3.3 Risques sanitaires 26

3.3.1 Mieux anticiper et renforcer nos capacités de veille et de gestion des crises sanitaires 26

3.3.2 Objectifs 26

3.4 Périnatalité et petite enfance 27

3.4.1 Promouvoir l'égalité de santé, dès les premiers âges de la vie 27

3.4.2 Objectifs 28

3.5 Maladies chroniques 29

3.5.1 Améliorer la qualité de vie, prévenir les complications 29

3.5.2 Objectifs 29

3.6 Santé mentale et addictions 30

3.6.1 Mieux soigner et accompagner les personnes 30

3.6.2 Objectifs 31

4 S'ENGAGER EN FAVEUR DE L'EFFICIENCE 32

4.1 Améliorer la connaissance et l'évaluation 32

4.1.1 Partager avec les établissements sanitaires et médico-sociaux un diagnostic de leur performance .. 32

4.1.2 Se donner les moyens de faire un diagnostic précis du niveau de performance du système régional de santé et de faire des arbitrages efficients 33

4.2 Optimiser l'allocation de l'enveloppe régionale pour assurer le financement de l'adaptation de l'offre de santé 33

4.2.1 Contractualiser avec les établissements en vue d'un respect de leur équilibre budgétaire 33

4.2.2 Accompagner les démarches d'amélioration de la performance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux 33

4.2.3 Dégager des marges au plan régional de manière à financer des priorités stratégiques 34

4.3 Promouvoir des organisations régionales efficientes 34

4.3.1 Contribuer à la diffusion et à la mise en œuvre de bonnes pratiques 34

4.3.2 Lutter contre les gaspillages et les abus 34

4.3.3 Promouvoir la mise en œuvre d'une organisation efficiente de la santé 35

4.4 Améliorer en permanence la sécurité du système régional de santé 35

4.4.1 Encourager les démarches de gestion des risques en établissement sanitaires et médico-sociaux et en ville 35

4.4.2 Optimiser la sécurité des systèmes d'information en santé 36

5 DEVELOPPER L'EXPRESSION ET LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS 36

5.1 Améliorer la connaissance pour mieux cibler et évaluer les actions 36

5.2 Promouvoir les droits des usagers dans tous les secteurs de la santé 37

5.3 Rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers 37

5.3.1 Le droit au respect de la dignité 37

5.3.2 Le droit à l'information 38

5.3.3 Le droit à la non-discrimination 38

5.4 Faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers 39

5.5 Favoriser le droit des usagers à des soins et une prise en charge médico-sociale de qualité 40

6 ORGANISER LE SUIVI ET L'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE 41

6.1 Les enjeux 41

6.2 Le cadre 41

6.3 Les principes et objectifs de l'évaluation 41

6.4 Le pilotage et l'organisation de la mise en œuvre de l'évaluation 43

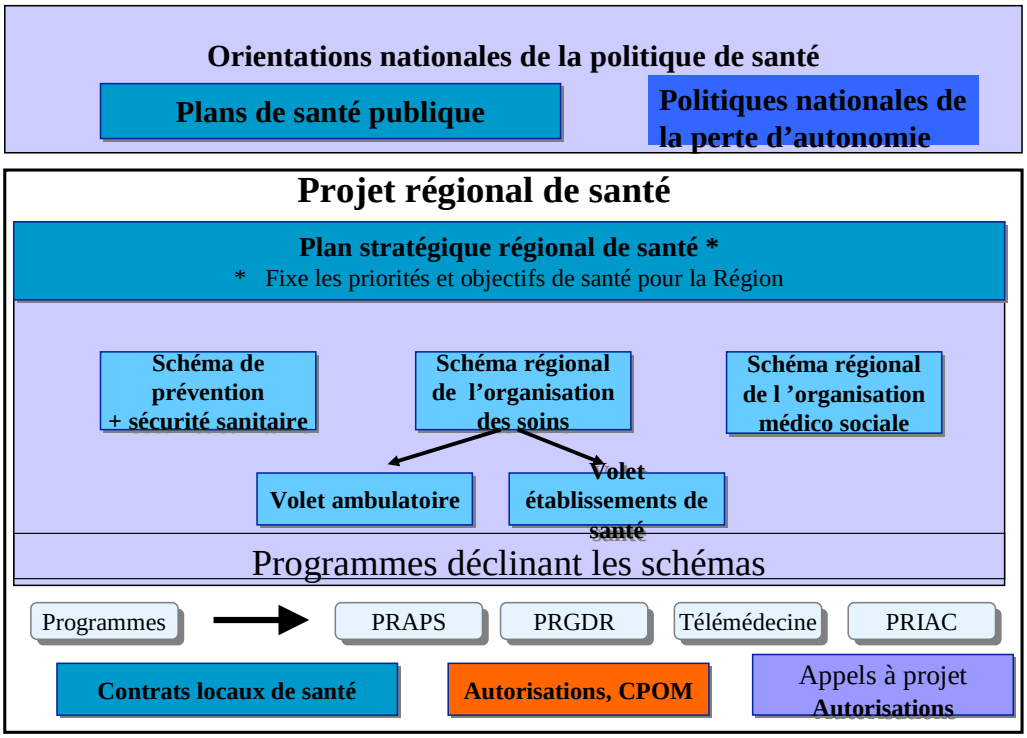
6.4.1 Organisation du dispositif d'évaluation – Composition et rôle des organes d'évaluation et de suivi 43

6.4.2 Calendrier de l'évaluation 44

6.4.3 Coûts de l'évaluation 44

Le plan stratégique régional de santé, une référence majeure pour la santé en PACA

La Loi permet, grâce à la création des ARS, la mise en place d'une politique unique de santé en région, coordonnant les actions de prévention, les soins ambulatoires, l'hospitalisation et le médico-social autour d'objectifs communs. Cette Loi nous engage ainsi à passer d'espaces et de responsabilités cloisonnés à une vision transversale de la santé. Il s'agit d'une modification très importante qui est formalisée par un projet régional de santé.



Le projet régional de santé prend en compte les orientations nationales de santé publique et les adapte aux besoins spécifiques de la région. Il est constitué de plusieurs documents qui décrivent la stratégie régionale, l'organisation sectorielle, les objectifs de programmation et de contractualisation qui seront conduits pour les cinq prochaines années en matière de politique de santé :

- **Le plan stratégique régional de santé** : Il constitue le document de référence pour les autres composantes du projet régional de santé. Il dresse notamment le cadre général de l'action de l'agence régionale de santé et les domaines stratégiques résultant d'un diagnostic partagé. Ces éléments sont ensuite facteurs de cohérence et de transversalité entre les différents schémas et programmes.
- **Les schémas sectoriels** : Ils définissent les besoins à couvrir par activité et les recommandations - le cas échéant opposables – pour atteindre une organisation cible au plan régional et par territoire. Les documents de référence sont **le schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation médico-social et le schéma régional d'organisation des soins**.
- **Les programmes spécifiques** : il s'agit sur des thématiques obligatoires ou facultatives incluses dans le projet régional de santé déclinant les objectifs planifiés en document de programmation, c'est-à-dire projetant non seulement les modalités organisationnelles mais aussi les ressources nécessaires de manière pluriannuelle. A titre d'exemple, les programmes faisant obligatoirement partie du projet régional de santé apportent des réponses dans le champ du médico-social, de l'accès aux soins des populations précaires, de la gestion du risque et de la télémédecine.

- ***Les contrats*** *: Pour mener des actions avec ses partenaires, l'agence régionale de santé s'engagera de manière contractuelle. Il est prévu que certains de ces engagements fassent partie du projet régional de santé. C'est notamment le cas de ceux liant l'agence avec ses partenaires institutionnels (assurance maladie, délégations de l'Etat en région) ou avec les collectivités territoriales (contrats locaux de santé). Il faut ajouter la forte dimension contractuelle que l'agence aura à conduire avec les établissements sanitaires et médico-sociaux via le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens recensant l'ensemble des activités autorisées et des ressources spécifiques pour les exercer.*

Cette politique s'inscrit dans un objectif national d'amélioration de la qualité et de la performance du système de santé.

LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE

Dans cet ensemble, le plan stratégique régional de santé constitue donc à la fois une innovation de la Loi HPST et la première étape de construction du projet régional de santé. Il s'agit d'un document de cadrage à la fois sur les principes d'action, sur l'organisation territoriale et sur les domaines stratégiques.

Il sera complété par les autres documents du projet régional de santé qui définiront de manière plus précise quelle sera l'organisation retenue pour le système de santé en région pour chacune des activités.

Le plan stratégique est un document qui privilégie une approche stratégique à partir d'un diagnostic sur l'état de santé et l'offre de santé, dont sont tirées des lignes forces notamment en termes d'évolution des besoins. Il énonce les engagements de l'ARS en matière de politique régionale de santé qui feront l'objet d'une déclinaison dans les autres volets du projet régional de santé. Il n'a pas de caractère opposable en tant que tel, mais constitue un document d'orientation pour les autres éléments du projet régional de santé.

Le diagnostic de la région témoigne d'un bon état de santé de la population de la région PACA - au moins comparable à la moyenne nationale – et d'une offre de santé – globalement plus abondante que la référence nationale. Ce qui a conduit à analyser les thématiques sur lesquelles les évolutions souhaitables seraient les plus importantes globalement sur la région, en termes de structuration de l'offre, de couverture des besoins ou d'enjeu spécifique. Ces domaines stratégiques sont au nombre de six :

- Inégalités de santé : Réduire les inégalités d'accès à la santé
- Handicap et personnes âgées : Accompagner la perte d'autonomie et la dépendance
- Périnatalité et petite enfance : Agir dès les premiers âges de la vie
- Risques sanitaires : Organiser la veille et la sécurité sanitaires.
- Santé mentale et addictions : Optimiser le parcours de santé et de vie des patients pour éviter les situations de crise.
- Maladies chroniques : Organiser la prise en charge pour permettre le maintien de la meilleure qualité de vie possible.
- Efficience : Concilier amélioration permanente de la qualité de l'offre de santé et performance des structures et des prises en charge.

Les principes d'action qui accompagnent les domaines stratégiques sont également fortement imprégnés du contexte régional, et notamment de l'importance des inégalités d'accès à la santé dans la région PACA. Et ce, quels que soient les domaines et activités. Les inégalités d'accès à la santé résultent d'ailleurs de multiples facteurs parmi lesquelles des disparités de l'offre sur les différents territoires et - de manière plus accentuée encore - de la grande diversité de situation des habitants de la région, au regard des conditions d'intégration, de vie et de revenus. Il s'ensuit un attachement particulier à apporter des réponses coordonnées – associant collectivités territoriales, professionnels et établissements, associations et acteurs de publics - sur les territoires les plus fragiles et à intégrer dans nos actions les dimensions environnementales, culturelles et sociales.

Cette vision globale de la santé nous conduira ensemble à promouvoir des projets portés par les conférences de territoires, au niveau des départements ou d'espaces plus restreints. Il est en effet important que l'objectif de régionalisation soit associé à davantage de transversalité, de proximité et de participation des usagers. Leur implication est essentielle pour parvenir à réaliser des choix justes, notamment lorsqu'ils ont pour conséquence une modification de l'offre de santé. Cette hypothèse n'est pas à exclure dans un contexte d'optimisation de la performance de notre système de santé et d'une exigence d'amélioration de la qualité. De fait, conscients de devoir rendre compte de ces arbitrages et du respect de nos engagements, les modalités d'évaluation du projet régional de santé sont précisées dans le plan stratégique régional de santé.

Chacune des orientations du plan stratégique a fait l'objet de discussions avec les instances de concertation de l'agence régionale de santé. Il convient de souligner l'apport de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, relayée tout particulièrement par sa commission permanente.

1. La santé dans le contexte régional : un tableau contraste

Le diagnostic de la région Paca repose sur un état des lieux de la santé élaboré avec l'aide de l'ORS et sur un état de l'offre de santé en région Paca. Ces documents ont été portés à la concertation afin de parvenir à un diagnostic partagé. Il en ressort que les inégalités de santé sont une préoccupation majeure pour la population de notre région. Celle-ci se décline dans l'ensemble du diagnostic.

1.1 La région PACA, terre de contrastes

1.1.1 De fortes disparités démographiques et sociales

Des inégalités géographiques et démographiques

La région Paca est caractérisée par un large éventail de territoires : montagneux et maritimes, ruraux et urbains, ouverts et enclavés, à la fois densément et faiblement peuplés... Alors que sa bande littorale concentre 90 % de sa population régionale et la majeure partie de ses pôles d'activité économiques, les zones rurales et alpines connaissent des densités de peuplement très faibles. La région conjugue à la fois des problématiques de modes de vie urbains (avec son cortège d'expositions aux nuisances environnementales, ses problématiques d'habitat et transports, des difficultés de cohésion sociale) et celles inhérentes aux territoires isolés, marqués par les difficultés d'accès aux équipements et infrastructures et le vieillissement de leurs populations.

Une population en augmentation malgré un ralentissement prévisible de la croissance démographique

Avec 4 918 050 habitants en 2009 (8 % de la population métropolitaine), la région Paca est la 3ème région la plus peuplée après l'Ile-de-France et Rhône-Alpes.
A l'horizon 2040, la région devrait compter entre 5,4 et 5,7 millions d'habitants, soit entre 17 000 et 27 000 personnes de plus par an. Le seuil des 5 millions devrait être franchi dès 2012. Le rythme de croissance des 30 prochaines années sera plus faible que par le passé et la région Paca se situera de ce point de vue dans une position intermédiaire par rapport aux autres. Du fait du vieillissement de la population, le solde naturel deviendra nul voire négatif et les migrations représenteront le seul moteur de croissance ; plus de la moitié des nouveaux arrivants auront entre 20 et 59 ans.

L'essoufflement démographique n'épargnera aucun des 6 départements de la région. C'est dans les Alpes-de-Haute-Provence que le taux de croissance sera le plus élevé, en raison d'un important solde migratoire (de Plazaola, 2010).

Une population vieillissante

La population en Paca est plus âgée que la moyenne nationale. En 2008, 485 700 personnes, dont 62,7 % de femmes, avaient plus de 75 ans, représentant 9,9 % de la population Paca contre 8,5 % en France (Insee 2008). La population des 85 ans et plus a augmenté de plus de 45 % entre 2005 et 2010. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus de la région, en 2008, entre 192 000 et 248 000 avaient besoin d'aide pour effectuer des tâches ménagères et entre 78 000 et 113 000 pour les soins personnels (Davin, 2010).

Des différences existent entre les départements. Le département des Alpes Maritimes est le plus âgé de la région avec, en 2006, 123 personnes âgées de 60 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (104 en Paca). A l'inverse, les Bouches du Rhône et le Vaucluse (100 jeunes de moins de 20 ans pour 92 personnes âgées de 60 ans ou plus) sont des départements plus jeunes.

A l'instar de la population française dans son ensemble, la population de la région va continuer à vieillir au cours des prochaines années, mais elle vieillira moins vite que d'autres régions françaises. En Paca, en 2040, selon l'Insee, il y aura environ 1 886 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, soit 688 000 de plus qu'en 2007 (+57 %). L'augmentation sera encore plus importante pour la population âgée de 80 ans ou plus qui attendrait 604 000 personnes en 2040 soit 328 000 de plus qu'en 2007 (+118 %) (de Plazaola, 2010).

Le vieillissement de la population est associé à de multiples enjeux impliquant une adaptation du système de prise en charge aux évolutions des besoins de santé : enjeux médicaux (progression de l'obésité, du diabète, des maladies neuro-dégénératives et cardio-vasculaires), socio-économiques et d'organisation de l'offre de prise en charge (accroissement de la demande de soins et d'aide concomitante à une diminution de l'offre, en particulier de l'aide informelle apportée par l'entourage, suite à l'augmentation de l'activité féminine, de la distance parents-enfants, au vieillissement des aidants eux-mêmes…) (Davin, 2010).

Des inégalités socio-économiques

Les écarts de niveau de vie en Paca sont parmi les plus importants de France. La région est au troisième rang pour le PIB par habitant et le taux de contribuables imposés au titre de l'IRPP et/ou de l'ISF est élevé, mais elle se caractérise aussi par l'importance des bas revenus, et un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale. La pauvreté est une caractéristique forte de la région qui concentre avec l'Ile-de-France la plus forte proportion hexagonale de ménages pauvres. Cette pauvreté qui s'inscrit aussi dans l'activité salariée, touche davantage les jeunes et les femmes, mais également les enfants : la région Paca figure parmi les régions les plus touchées par la pauvreté des enfants et des jeunes, avec un taux de pauvreté infantile de 28,5 % en Paca contre 22 % en France. La pauvreté des enfants est étroitement liée à la structure du foyer familial - une famille sur deux est mono parentale - et l'absence d'activité professionnelle des parents.

Comme en France, les écarts de mortalité entre catégories socioprofessionnelles demeurent élevés : la mortalité prématurée toutes causes confondues est 2,5 fois plus élevée chez les ouvriers et employés que chez les cadres (1991-2005). Ces écarts traduisent l'importance du lien liant santé et position sociale, au-delà du seul niveau de revenu, selon un gradient continu : moindre bénéfice des progrès thérapeutiques et des avancées de la prévention, conditions de travail plus pénibles et environnement de vie moins favorable à la santé.

On peut déduire de ce constat des besoins élevés en matière d'actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé, ciblées sur les territoires ayant les indicateurs socio-économiques les plus défavorables.

1.1.2 De multiples facteurs de risques environnementaux, qui se cumulent dans certains territoires de la région

Des problématiques environnementales : l'air, l'eau, l'habitat indigne

L'exposition à divers facteurs influe sur l'état de santé. Cette exposition varie en fonction de la catégorie sociale des individus. La qualité de l'air et de l'eau sont deux enjeux importants retenus par le deuxième plan régional santé environnement (PRSE) :

- L'air : la région Paca se caractérise par une forte pollution industrielle et urbaine. Du fait de ses conditions climatiques, elle est une des régions d'Europe les plus touchées par la pollution photochimique à l'ozone, notamment le département des Bouches du Rhône. Il concentre, à lui seul, de grands centres urbains et le pôle industriel de Fos sur mer, « responsable » de plus de 50 % des émissions polluantes de Paca ;
- L'eau : certains départements sont concernés par une mauvaise qualité bactériologique de l'eau : 3% de la population dans les Alpes de Haute Provence et jusqu'à 7 % dans les Hautes Alpes, tandis que d'autres connaissent des problèmes de qualité physico-chimique (résidus de pesticides).

L'habitat est également une préoccupation environnementale importante : l'Insee estimait en 2006 à 12 000 le nombre de logements ne disposant pas du confort sanitaire de base. L'impact sur la santé est notamment lié aux pathologies telles que le saturnisme infantile, les intoxications oxycarbonées, les maladies respiratoires. Le problème n'est pas seulement urbain mais existe aussi en milieu rural : le département des Alpes de Haute Provence a la plus forte proportion de logements antérieurs à 1949.

Une région fortement soumise aux risques naturels et technologiques

La région Paca est une des régions françaises les plus concernées par les risques naturels. Toutes les communes de la région sont soumises à au moins un risque potentiel d'inondation, de mouvement de terrain, de feu de forêt, d'avalanche ou de séisme.
La problématique des risques technologiques est particulièrement présente dans la zone de l'étang de Berre qui concentre plus de 70 % des établissements SEVESO II de la région (40/57).

Des risques susceptibles d'être exacerbés par le changement climatique

De nombreux rapports nationaux recensant les risques sanitaires potentiels associés au changement climatique s'accordent sur trois types d'impacts principaux, y compris en France : émergence ou réémergence de maladies infectieuses, augmentation en fréquence et en intensité des évènements extrêmes (vagues de chaleur, de froid, inondations, feux de forêt…), modifications profondes de l'environnement (qualité de l'air, allongement de la période d'exposition aux allergènes respiratoires, risques d'origine hydrique…).

La région Paca est particulièrement concernée par le risque d'émergence ou d'extension de certaines pathologies infectieuses dont les vecteurs sont déjà présents sur le pourtour méditerranéen (chikungunya, dengue, fièvre à virus West Nile, leishmaniose viscérale). Par ailleurs, une augmentation du nombre de personnes vulnérables à la chaleur est attendue, consécutivement à l'augmentation des températures couplée au vieillissement de la population et à la concentration des populations dans les zones urbaines (InVS, 2010).

1.1.3 L'offre de soins et d'autonomie : une offre dense mais inégalement répartie

Des inégalités d'offre de soins

Offre de prévention

L'offre de prévention, dans les suites de la loi de santé publique de 2004, s'est structurée avec l'apport du plan régional de santé publique (PRSP) couvrant la période 2006- 2010. Reposant principalement sur de multiples opérateurs associatifs, elle s'est développée et professionnalisée. Cet effort de formation est à poursuivre car les opérateurs se renouvellent. Il demeure également un besoin de plus grande coordination et territorialisation des actions de prévention.

En ce qui concerne les dépistages, l'offre est généralisée pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal, mais la participation de la population de Paca à ces dépistages organisés est globalement faible, faiblesse partiellement compensée par un dépistage individuel important pour le cancer du sein.

L'éducation thérapeutique se développe également et se structure, dans le cadre d'autorisations de programmes résultant de la loi HPST. Ce développement, essentiel pour améliorer la gestion des maladies chroniques, a vocation à se poursuivre.

Offre libérale

La densité de l'offre libérale de premier recours est largement supérieure aux moyennes nationales, dans tous les départements, mais avec des inégalités territoriales entre la bande littorale et le reste de la région qui nécessitent une analyse infra départementale plus fine.

Des difficultés existent localement pour assurer une offre de premier recours de médecins généralistes. Dans un futur proche, des zones aujourd'hui fragiles (moins de trois médecins par bassin de vie) risquent de connaître des départs en retraite non remplacés. La part des médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans est de 43% en Paca en 2009, et même de 45% dans les Alpes Maritimes et le Vaucluse, ce qui risque de provoquer à moyen terme des tensions sur l'offre de soins de premier recours. Aujourd'hui 9% des nouveaux inscrits à l'Ordre s'installent en libéral exclusif (rapport Mission Legmann, avril 2010)

La répartition des médecins spécialistes libéraux est de même très inégale. Nombreux dans le 13 et 06, très peu nombreux dans les départements alpins, en particulier dans le 04, où un renforcement pourrait faciliter le fonctionnement des établissements hospitaliers. La question de l'accessibilité financière (secteur 2) se pose en outre dans un certain nombre de territoires.

De même, pour les infirmiers, l'abondance globale de l'offre masque des difficultés ponctuelles croissantes au niveau des petites communes ou des établissements médico-sociaux. L'offre libérale est supposée compenser, dans une certaine mesure, une offre médico-sociale inférieure à la moyenne nationale.

Si la région Paca est aujourd'hui globalement mieux dotée que les autres, des projections réalisées par la Drees prévoient une forte diminution de la densité médicale régionale d'ici 2030, résultat d'une diminution du nombre de médecins d'une part et de l'augmentation de la population d'autre part. Elle se situerait alors dans la moyenne nationale. Ces projections doivent par ailleurs être rapprochées des évolutions prévisibles du temps de travail des médecins, du contenu de leur activité mais aussi de la féminisation du corps médical (Attal-Toubert, 2009).

Face à ces faiblesses avérées et potentielles, il est possible de mobiliser différents leviers dont certains très innovants :

- Maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé et toutes formes d'exercice regroupé ;
- Possibilité de délégation de tâches et de coopérations entre professionnels de santé ;
- Possibilité de développer des consultations avancées de médecins spécialistes ;
- Nouveaux contrats d'engagement de service public ;
- Télémédecine.

De plus, des réseaux polyvalents de proximité et des hôpitaux locaux pourraient jouer un rôle de pivot pour structurer une offre à la fois sanitaire et médico-sociale de proximité.

Offre hospitalière

L'offre de soins hospitalière est elle aussi globalement plus abondante qu'en moyenne nationale mais inégalement répartie. Plus de 70 % de l'offre de court séjour se concentre sur les départements 13 et 06 (départements sièges de CHU) pour 62,5% de la population. En revanche, les départements alpins (04 et 05) ont en général un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale pour le moyen séjour, le long séjour et la psychiatrie.

Les capacités d'accueil des établissements de santé de la région, rapportées à la population résidente, sont, pour la plupart, des grandes disciplines de soins, plus importantes qu'en moyenne nationale. Les capacités en unités de soins de longue durée sont cependant inférieures au taux d'équipement national, sauf dans le département des Hautes-Alpes.

Les capacités en psychiatrie ne font pas exception : 1,5 lit ou place pour 1000 habitants (SAE 2007) contre 1,2 au plan national, avec des inégalités de répartition : les capacités d'hospitalisation en psychiatrie adulte sont nettement inférieures à la moyenne régionale dans l'Est du Var et dans l'ouest des Alpes-Maritimes. En revanche, les Bouches du Rhône et à un moindre degré le Var et les Alpes-Maritimes, sont dotés d'une offre d'hospitalisation privée importante.
Par ailleurs, les capacités d'hospitalisation en psychiatrie infanto juvénile sont un peu inférieures à la moyenne nationale, notamment en hospitalisation complète et malgré un effort de rattrapage déjà intervenu.

La région Paca compte, en 2010, 42 maternités effectuant 59 000 accouchements. Depuis le début des années 2000, l'offre s'est progressivement restructurée et elle est actuellement largement recentrée sur les établissements publics de santé. L'arbitrage entre proximité et technicité garantie par un volume d'actes suffisant est ainsi largement engagé. Il reste cependant quelques maternités publiques mises en difficulté soit en raison de leur faible activité, soit en raison de la perte de la chirurgie par leur établissement de rattachement, soit encore du fait de difficultés de recrutement de personnels.

Depuis 2007, la région Paca est la région qui a le plus fort taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse des régions de France métropolitaine (21 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, en 2008). Malgré une réduction du nombre des centres IVG durant la dernière décennie, les délais d'accès restent globalement conformes aux recommandations nationales (80 % des premiers rendez vous en moins de 7 jours).

C'est en fait en SSR que le taux d'équipement de la région Paca s'écarte le plus du taux moyen national : 2,3 lits et places pour 1 000 habitants contre 1,6 en moyenne nationale, avec toutefois des disparités départementales importantes.

Les conséquences de ces inégalités de répartition de l'offre sont accentuées par des flux importants entre territoires. Ainsi, dans les Alpes de Haute-Provence, plus de la moitié des séjours de chirurgie courante sont effectués hors territoire.

Il appartiendra au futur schéma régional d'organisation des soins (SROS) d'atténuer les disparités de répartition de l'offre sanitaire, notamment en soins de suite et de réadaptation et de conforter l'offre de proximité et de recours hors des grandes métropoles, en particulier par le développement des coopérations entre établissements hospitaliers.

Une offre médico-sociale inférieure à la moyenne nationale

En ce qui concerne les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés, historiquement, la région Paca a toujours présenté un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale quelle que soit la nature de la déficience.

Depuis 2004, ces taux restent stables car l'augmentation du nombre de places ne compense pas la croissance démographique observée depuis 2000.

L'effort a porté ces dernières années principalement sur le développement des SESSAD (conformément à la Loi du 11 février 2005 au service de l'égalité des droits et des chances), domaine

dans lequel l'offre de la région Paca est proche du niveau moyen national. Mais malgré cela, pour le seul département des Bouches du Rhône, il y a 955 enfants en attente d'un placement au 30.03.2011, dont plus de 500 en attente d'un placement en SESSAD (source MDPH).

L'offre médico-sociale en direction des personnes âgées doit être appréciée dans le cadre de la filière gériatrique en tenant compte de l'offre ambulatoire (notamment en infirmiers libéraux) et hospitalière (notamment en soins de suite). Cette approche globale doit dépasser les analyses sectorielles basées sur des notions de « rattrapage du taux national ».

En ce qui concerne l'hébergement des personnes âgées dépendantes, sauf situation particulière locale, les capacités d'hébergement sont actuellement satisfaisantes, en référence à des taux d'occupation qui ne sont pas saturés. Les améliorations futures reposeront davantage sur l'amélioration des services offerts par les établissements que sur la création de lits et places, du moins dans un premier temps. Ensuite, une prévision Insee de 22% d'augmentation de la population des 75 ans et plus à l'horizon 2020 pourrait conduire à de nouvelles augmentations de places. De multiples paramètres peuvent cependant influer sur ce besoin, notamment augmentation de la durée de vie sans incapacité, évolution des paramètres économiques et de la législation.

Enfin, pour les personnes âgées comme pour les personnes en situation de handicap, les besoins de soins et d'autonomie des personnes vivant à domicile sont peu connus et nécessitent des études complémentaires.

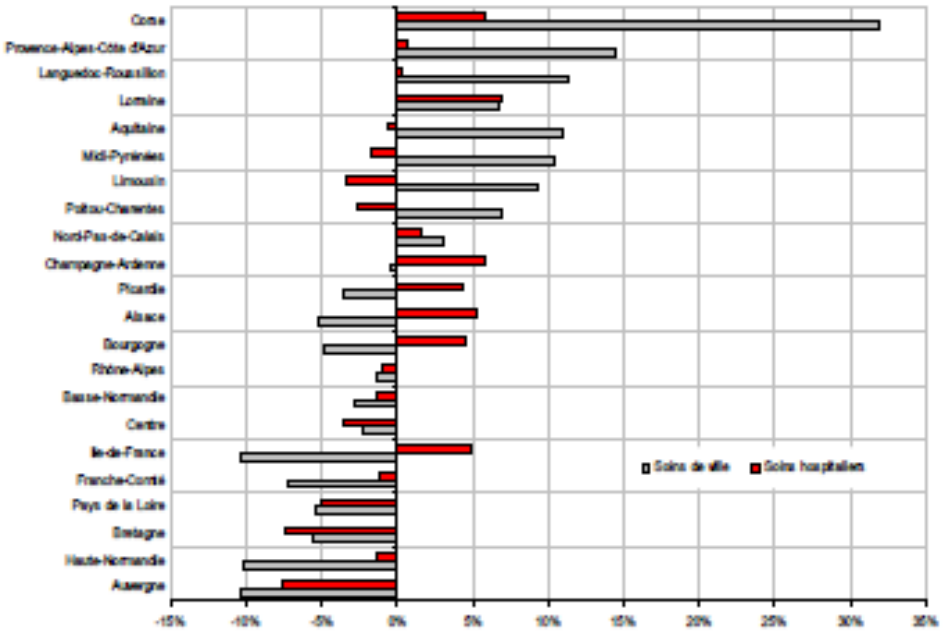
1.1.4 Une consommation de soins élevée mais inégalement répartie

Si l'état de santé est plutôt positif par rapport à l'ensemble national, les dépenses de santé sont plus élevées que la moyenne nationale. Au 30.06.2010, les assurés sociaux de Paca (Régime général) consommaient 10,6 % des remboursements de soins de ville pour 7,9 % de la population métropolitaine. Mais la structure d'âge et sexe de la population influe sur sa consommation.

Les Comptes nationaux de la santé 2009 tentent de comparer les consommations standardisées entre régions : pour l'année 2008, après standardisation, l'écart de consommation Paca / France reste supérieure d'environ 14 % sur les soins de ville, alors que les dépenses par personne en région sont très proches de la moyenne nationale pour l'hospitalisation MCO.

Pour autant, la région Paca enregistre des taux de recours aux soins hospitaliers supérieurs au recours moyen national sur certaines catégories de séjours : après standardisation, le recours aux soins de chirurgie est supérieur de 8,6 % au taux de recours national (chirurgie urologique, chirurgie de la bouche et des dents, chirurgie esthétique et de confort) et le recours aux techniques interventionnelles est supérieur de 40 % (endoscopies digestives bronchiques et ORL, cathétérismes vasculaires et angioplasties).

Ecarts régionaux de consommations standardisées en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour à la consommation moyenne nationale respective, en 2007 (Comptes nationaux de la santé 2009)



Sur un autre plan, cette consommation est inégalement répartie entre catégories sociales. De nombreuses enquêtes nationales ont montré une consommation de soins différenciée en fonction des revenus et des renoncements aux soins, notamment de médecine spécialisée, des populations économiquement précaires, avec un recours plus important aux urgences hospitalières.
Les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations (IRDES, Questions d'Economie de la santé, 2009)

En ce qui concerne la consommation de soins des personnes en situation de handicap, le rapport d'audition publique HAS octobre 2008 met en exergue les difficultés d'accès aux soins non en rapport avec le handicap.

1.2 Un état de santé globalement favorable mais avec de fortes disparités

Une progression de l'espérance de vie comme en France métropolitaine

L'espérance de vie à la naissance a progressé au même rythme qu'en France métropolitaine entre 1990 et 2007 où elle atteint 84,6 ans chez les femmes et 78 ans chez les hommes, avec une mortalité prématurée également proche du niveau national, donc élevée en particulier chez les hommes.

Si, en Paca, la mortalité prématurée (avant 65 ans) a diminué de plus de 30 % en 25 ans, il reste 8000 décès par an avant 65 ans, dont 1/3 sont évitables par une réduction des comportements à risques (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides…).
Les trois principales causes de mortalité prématurée sont les tumeurs, les traumatismes (dont suicides, accidents de la circulation) et les maladies cardio-vasculaires.

On note quelques spécificités régionales de l'état de santé :

- **Une forte prégnance des troubles de la santé mentale** :
  Les problèmes de santé mentale recouvrent un continuum d'états allant de troubles relativement mineurs (souffrance psychique, trouble du comportement passager, etc.) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec risques de passage à l'acte.

En Paca, une enquête publiée en 2009 par la DRASS montre qu'un tiers de la population adulte (18 ans et plus), soit environ 1 245 000 personnes, a déclaré un trouble de santé mentale au moment de l'enquête. Les femmes sont davantage touchées - excepté pour la consommation d'alcool et de drogue et les syndromes psychotiques – ainsi que les personnes en situation de précarité et celles vivant seules. Cette prévalence des troubles de santé mentale serait légèrement plus forte qu'en moyenne nationale : un tiers de la population (à un moment ou à un autre de sa vie) contre 32 %. Malgré la forte prévalence des troubles de santé mentale, le recours aux soins des personnes présentant un tel trouble est assez faible : le repérage et la prise en charge dans ce domaine constituent de véritables enjeux.

Le suicide représente la deuxième cause de mortalité prématurée évitable en Paca soit environ 1 000 décès par an.

Par ailleurs, Paca est la sixième région de France la plus consommatrice de psychotropes.

- **Un excès de risque de cancer du poumon chez les femmes**, en rapport avec une consommation de tabac supérieure à la moyenne nationale : une augmentation d'incidence de 243 % entre 1980 et 2005, avec actuellement une sur incidence chez les femmes de 11 % par rapport à la France.
- **Une accidentologie routière importante** dans la plupart des départements : l'indicateur d'accidentologie local (IAL) fait apparaître un sur-risque de 31 % par rapport aux autres régions. **Il y a aussi les accidents de la vie courante qui** méritent d'être mentionnés pour leur fréquence. En l'absence de données spécifiques à la région Paca, on peut estimer qu'ils ont été à l'origine de 1 600 décès en moyenne par an entre 2005 et 2007, ce qui représente 5 % des années potentielles de vie perdues.
- **Un poids historiquement important de l'épidémie VIH Sida** et des hépatites chroniques : Paca est la deuxième région de France la plus touchée par l'épidémie de SIDA (en termes de nombre de cas de sida cumulés depuis le début de l'épidémie). La région est également très concernée par les hépatites chroniques à virus VHC.
- **Des risques infectieux spécifiques** : compte tenu de l'ouverture maritime et aéroportuaire, on trouve des pathologies d'importation et des cas autochtones de maladies vectorisées par des insectes (cf page 11) : West Nile, fièvre boutonneuse méditerranéenne, leishmaniose viscérale.
- **Des signaux de fragilité concernant la santé des jeunes** : environ 25 % des jeunes sortant du système éducatif connaissent de grandes difficultés d'insertion sur le marché du travail. Le baromètre santé nutrition 2008 montre que les jeunes de 18 à 34 ans s'alimentent de façon moins équilibrée que leurs aînés. Chez les jeunes de 17 ans, l'usage de cannabis est significativement supérieur à la France (15% versus 11%). Les jeunes connaissent aussi des difficultés liées à la sexualité, avec notamment un recours à l'IVG fréquent chez les adolescentes. Enfin, l'accidentologie et les suicides conduisent à une mortalité par traumatismes des jeunes de 15 à 24 ans significativement plus élevée qu'en France métropolitaine (+9 % sur 2003 – 2005).

Ces constats nous orientent vers les cibles d'actions de prévention à privilégier dans le cadre du projet régional de santé (santé mentale, tabac, accidentologie, VIH, alimentation…)

Ce sont malgré tout les maladies chroniques qui sont, comme dans la plupart des régions, le plus gros enjeu de santé en termes de morbidité et de mortalité, et ce même si la situation de Paca est globalement un peu meilleure que la situation française. Pour ne citer que les principales :

- Les cancers, dont l'incidence a augmenté entre 1980 et 2005 de 33 % chez les hommes et 48 % chez les femmes, comme en France (prise en compte de l'augmentation de la population et de son vieillissement). Mais tous les cancers ne peuvent être qualifiés de maladie chronique.

- Les maladies cardio-vasculaires, à l'origine de 39 000 admissions en affection de longue durée (ALD) en 2008, soit 36 % de l'ensemble des admissions (régime général).
- Le diabète : la prévalence standardisée du diabète traité concerne 3,8 % de la population (3,9 % en moyenne Française), ce taux atteignant 4,4 % dans les Bouches du Rhône.
- Les maladies respiratoires, cinquième cause de décès sur la période 2005-2007, et notamment la broncho-pneumopathie chronique obstructive, maladie chronique insidieuse et lentement progressive.
- Le surpoids et l'obésité : la prévalence de l'obésité est passée de 6,8 % en 1997 à 11,5 % en 2009 chez les 18 ans et plus (de 8,5 % à 14,5 % en France métropolitaine). Le dernier baromètre santé nutrition montre que les habitudes alimentaires des habitants de Paca ne diffèrent plus guère de celles des autres Français, hormis la consommation d'huile d'olive.
- L'infection chronique par le virus VIH : les données statistiques issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des cas de sida en Paca montrent une épidémie toujours active. La mortalité a considérablement diminué (31 décès déclarés en 2008) mais le nombre de nouvelles contaminations reste important et 3 209 personnes vivent au stade Sida de l'infection à VIH en PACA ce qui représente 11 % des cas de sida vivant en France pour 7,9 % de la population.

Il conviendrait de mentionner également l'insuffisance rénale chronique terminale, les troubles musculo-squelettiques, les hépatites chroniques B et C, la tuberculose…

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie mais aussi des progrès de la médecine et des changements de mode de vie (alimentation, activité physique notamment), il y aura de plus en plus de personnes vivant de nombreuses années avec une maladie chronique. Ces maladies représentent un réel défi pour l'avenir du système de santé et la société : prise en charge des personnes souffrant de ces maladies, avec souvent des comorbidités, avec une exigence de qualité (risques liés à la iatrogénie, aux prescriptions inadaptées…) ; prévention des complications tout en préservant la qualité de vie ; du point de vue économique, défi pour le système d'assurance maladie ; maintien dans l'emploi pour les personnes d'âge actif en particulier.

D'importantes disparités territoriales en matière de santé

Elles sont prioritairement liées aux contrastes de lieux de vie et aux inégalités socio-économiques. Inégalités environnementales et socio-économiques s'additionnent pour produire des inégalités territoriales de santé bien réelles :

- Les indicateurs de santé des territoires situés aux extrémités de la région, zones alpines isolées de l'est et du nord-est, plaines de la Crau, sont nettement moins favorables que ceux des côtes et des grandes villes. Ce qui suggère le cumul d'une série de désavantages face à la santé conjuguant exposition, mode de vie, ressources limitées et moindre accès à la prévention ou aux soins.
- Les zones d'activité industrielle actuelles ou passées de l'ouest de la région se distinguent aussi dans une moindre mesure par des indicateurs de santé plus défavorables.
- Les contrastes territoriaux en matière de santé touchent aussi le cœur des territoires urbains. Ils peuvent se traduire par des disparités d'indicateurs de santé entre villes proches ou entre quartiers, reflétant la ségrégation des populations en fonction de leur statut socio-économique.

Les disparités de santé entre groupes sociaux sont assez largement liées aux comportements et à l'accès à la prévention. On note par exemple une moindre participation au dépistage du cancer du sein chez les bénéficiaires de la CMUC et chez les femmes avec un handicap physique ou mental, y compris pour celles vivant en institution.

2. Promouvoir la santé globale et l'action territoriale

Le plan stratégique régional de santé fait partie des innovations de la Loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST). Document d'orientation pour les schémas sectoriels et programmes spécifiques, il a été pensé dans l'optique de faire émerger des priorités en s'appuyant sur un diagnostic partagé sur les états de santé de la population, sur l'offre de santé régionale et sur leurs évolutions prévisibles. Ces priorités n'ont d'ailleurs pas un caractère exhaustif, il appartiendra aux schémas sectoriels et programmes spécifiques de compléter les objectifs initiés dans le plan stratégique régional de santé. Cet ensemble constitue une politique régionale de la santé et de l'autonomie s'appuyant sur une vision globale de la santé et de ses déterminants et sur des principes d'action.

2.1 Une vision globale de la santé se déclinant en principes d'action

2.1.1 Une vision global de la santé

La Loi HPST réaffirme en de nombreux points la nécessité de sortir des cloisonnements antérieurs au service de l'amélioration de l'état de santé de la population. Concevoir un projet régional de santé (PRS), c'est donc d'abord définir un ensemble d'objectifs. Ces derniers seront ensuite déclinés en actions visant conjointement à améliorer la santé de la population au sein des territoires de santé définis pour mettre en œuvre ces actions.

L'entreprise suppose une vision de la santé plus large que l'absence de maladie et des objectifs qui ne se limitent pas aux seuls facteurs biomédicaux susceptibles d'altérer la santé (infections, traumatismes, etc.). La démarche s'adosse nécessairement à une conception ouverte et pluridimensionnelle de la santé, dans laquelle la santé résulte largement d'interactions entre l'individu et de multiples facteurs socio économiques, démographiques et environnementaux.

Déjà en 1946, l'OMS a défini la santé non comme l'absence de maladie, mais comme un état complet de bien être physique, mental et social.

Ce modèle est aussi à l'origine du concept de promotion de la santé affirmé par la charte d'Ottawa de 1986. Cette dernière définit la promotion de la santé comme : « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. »

La santé est ici considérée comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de l'existence. Elle s'inscrit naturellement dans le parcours de vie de l'individu.

Cette vision est celle partagée en région avec l'engagement de décliner sa mise en œuvre opérationnelle dans le cadre de principes d'action.

2.1.2. Des principes d'action fédérateurs

La recherche de critères pour définir des priorités de santé a fait émerger des principes d'action auxquels l'Agence est particulièrement attachée. Ils sont, en raison de leur caractère transversal, susceptibles de guider son action tout au long de la mise en œuvre du projet régional de santé. Ils constituent les fondements du plan stratégique régional de santé.

Contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès au système de santé. L'état des lieux montre une situation globalement favorable – tant au niveau de l'état de santé que de celui de l'offre - par rapport à la France métropolitaine, mais que celle-ci masque des inégalités fortes entre les populations et les territoires.

Il ressort particulièrement de l'état des lieux que les facteurs sociaux ont une incidence déterminante sur l'état de santé des populations. Au sein de l'objectif général de réduction des inégalités, il nous appartient tout particulièrement de contribuer à ce que les populations vulnérables, du fait de leur précarité ou de leur situation de handicap, aient un accès de droit commun au système de santé et d'autonomie adapté à leurs besoins . Quels que soient leurs conditions de vie ou leurs moyens financiers. Compte tenu de la situation actuelle de ces populations, il sera possible d'inclure des actions ciblées en leur faveur ou des critères de discriminations positives au sein d'actions plus générales.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'accessibilité territoriale, il peut être constaté sur certains territoires une relative difficulté de maintien d'une offre de proximité et de recours à une offre spécialisée. Il nous appartient de préserver l'accessibilité territoriale et d'assurer une lisibilité dans le dispositif de réponse aux besoins de la population. La mise en place de parcours coordonnés est un facteur clef de l'accès à la santé.

Privilégier une approche globale de la santé. Une telle approche conduit à s'interroger différemment sur l'orientation des priorités de santé. Au delà d'une prise en charge curative, elle amène à repenser ces priorités au regard d'un objectif maintien de la population en bonne santé - passant notamment par une politique d'amélioration du cadre de vie et de travail, de promotion de la santé et de prévention – et de préservation de l'autonomie. Ce qui est à mettre en parallèle avec l'affectation des financements. Cet engagement conduira certainement à revoir les affectations de financement entre les différentes enveloppes dont l'agence régionale de santé assure désormais la gestion. La mise en place d'un département « Efficience » et d'une cellule pilotage financier au sein de l'agence sont des atouts pour assurer une réflexion innovante sur la réorientation des moyens et des prises en charge. Les dispositifs de prise en charge, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, viennent en aval de cette politique. L'objectif des prises en charge sanitaires et médico-sociales est préférentiellement de rendre possible la vie à domicile, avec les accompagnements et les compensations nécessaires.

Mettre en synergie les différents acteurs du système de santé et de l'autonomie. La responsabilité des ARS - à différents niveaux sur les soins de ville, les établissements de santé et médico-sociaux, la prévention et la santé publique, la veille sanitaire - est une opportunité pour la création de synergies des politiques régionales de santé. L'agence régionale de santé n'est pas la seule à intervenir et il est indispensable qu'elle associe les autres partenaires intervenant dans le domaine de la santé et de l'autonomie et dans le domaine social. Cette étape est à construire avec un sens aigu de la fédération dans le pilotage des projets dont l'agence régionale a la charge, et de support pour les politiques dans lesquelles elle n'a pas de rôle de décisionnel. Mais cette responsabilité s'exerce aussi auprès de la population, en associant les représentants des usagers à la phase de concertation à toutes les phases. Ce qui est d'ailleurs défini dans la Loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires avec la mise en place d'un dispositif de démocratie sanitaire renforcé autour notamment de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, des conférences de territoire et de points d'étape de concertation prédéfinis pour l'élaboration et le suivi du projet régional de santé. Il faut d'ailleurs aller plus loin en leur permettant d'être acteurs, collectivement dans le cadre d'actions de promotion de la santé (contrats locaux de santé) ou individuellement en tant que patient, par l'éducation thérapeutique ou le soutien à domicile.

Sur un autre plan, le respect des droits des usagers est un enjeu majeur et il sera décliné dans une annexe spécifique du plan stratégique.

Promouvoir l'innovation. Les besoins des populations de la région continuent à évoluer ; le contexte dans lequel se situe nos modes d'action et nos structures est modifié en permanence. Nos réponses doivent s'adapter avec réactivité et créativité. Le critère d'innovation comprend certes l'évolution des technologies, mais aussi et surtout l'évolution des modes de prise en charge permettant à la fois de s'adapter aux nouveaux besoins et à un environnement profondément mouvant et financièrement contraint. Que ce soit pour maintenir une réponse de qualité à proximité du domicile ou pour cibler

une population très éloignée du système de santé, l'engagement de l'ARS est de privilégier les réponses innovantes, y compris financières, et de les pérenniser lorsqu'elles sont efficientes. Ce qui implique d'ailleurs la mise en place de dispositifs de suivi et d'évaluation permettant de procéder à une analyse de résultats eu égard aux moyens mis à disposition.

Améliorer l'efficience du système de santé. Il s'agit d'un objectif transverse s'appliquant à l'ensemble des dépenses publiques dans le cadre de la révision générale des politiques publiques. Répercuté dans la Loi de financement de la sécurité sociale, il fixe un niveau d'évolution de dépenses sur plusieurs exercices. Cette contrainte sera d'autant plus forte que, sur un certain nombre d'indicateurs, le coût du système de santé en région PACA apparaît élevé. Il sera nécessaire d'approfondir cette analyse pour identifier et analyser les écarts par rapport à la moyenne nationale. En donnant d'ailleurs à cette analyse un caractère territorial et sectoriel, car il existe de fortes disparités entre les territoires. L'effort d'optimisation portera sur les sites ou disciplines les moins efficientes, mais il sera parfois nécessaire de conserver ces mêmes sites – même sous forme regroupée - pour maintenir une offre de proximité. Notre engagement sera dans ce cas de définir le meilleur arbitrage entre qualité et sécurité du service et ressources mises à disposition. Il nous appartiendra d'avoir la même logique sur l'ensemble des nouveaux projets et de poursuivre la dynamique d'amélioration de la performance sur les structures sanitaires et médico-sociales. Nous nous appuierons également sur le programme régional de gestion du risque co-piloté par l'assurance maladie. Et ce, dans le souci d'améliorer la performance globale du système de santé et l'équilibre budgétaire des structures, équilibres indispensables pour pouvoir développer de nouveaux projets dans un contexte de contrainte économique.

2.2 Au service de politiques coordonnées et ancrées territorialement

La loi HPST s'inscrit en rupture avec les traditions de cloisonnement entre les politiques publiques menées dans le domaine de la santé et de l'autonomie. Cette césure, d'ailleurs artificielle, avait été gommée ici et là pour permettre aux décideurs de coopérer entre les différents secteurs. Qu'il s'agisse de coopérations entre secteurs médico-social, sanitaire, et ambulatoire, mais aussi et surtout entre acteurs publics (éducation nationale, santé au travail….), élus locaux (conseil régional, conseils généraux, municipalités…), et associations de représentants des usagers. Le processus de décloisonnement était donc déjà en marche, notamment dans notre région : ce qui représente un atout pour développer une réelle cohérence avec les principes développés dans le cadre de la Loi HPST. En donnant à ce processus toute sa force, il est possible de passer de nouvelles étapes en termes de coordination des politiques menées en région et de déclinaison de ces politiques régionales sur le département et sur des territoires infra départementaux.

2.2.1 Des politiques coordonnées

La loi HPST ouvre à l'agence régionale de santé des champs d'intervention très larges dans le domaine de la santé et de l'autonomie. Elle donne à l'agence régionale de santé en contrepartie une responsabilité d'animation, de coordination et de participation à l'ensemble des politiques régionales menées dans le domaine de la santé. Dès lors qu'on envisage la santé sous un angle global, les politiques publiques - notamment en termes de prévention et de santé publique - incluent de nombreuses institutions de l'État, des collectivités territoriales, de l'assurance-maladie.
D'ores et déjà, certaines collectivités territoriales œuvrent au-delà de leurs missions obligatoires en matière de prévention et de santé publique, soit par délégation de missions en matière de tuberculose, cancer, infections sexuellement transmissibles, SIDA, vaccinations), soit par leur volonté propre (soutien à la médecine rurale, à la télémédecine…).

C'est avec ces intervenants qu'il est demandé de poursuivre les relations existantes, voire de les construire dans une dynamique régionale. Une réponse formelle et nationale existe avec la mise en place dans chacune des agences régionales de santé d'une commission de coordination des politiques de prévention et d'une commission de coordination des politiques médico-sociales. L'engagement de l'ARS-PACA va au-delà.

L'agence régionale de l'hospitalisation avait déjà construit ce type de relations dans le domaine sanitaire, et de manière conjointe avec l'URCAM sur la médecine ambulatoire dans le cadre des missions régionales de santé (réseaux, Fonds d'intervention, de coordination et de qualité des soins). De même, dans son rôle d'animateur du Groupement Régional de Santé Publique, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales a réuni des partenaires d'horizons différents pour l'élaboration et le suivi de ces politiques régionales (santé scolaire, santé au travail, sécurité routière, petite enfance). Dans le domaine de l'action médico-sociale, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ont construit depuis longtemps des relations avec les conseils généraux. Enfin, et de manière plus transversale, des démarches conjointes ont été conduites avec les services de l'Etat dans le cadre de politiques régionales (contrat de projet Etat région, programme d'accès à la prévention des personnes démunies (PRAPS) programme interdépartemental d'accompagnement à l'autonomie (PRIAC), programme régional santé environnement (PRSE), programme régional santé au travail (PRST), santé scolaire). Il existe donc déjà des habitudes de travail en commun.

L'agence régionale de santé se doit d'améliorer encore ces actions de coordination dans les domaines précités. Le plan stratégique régional de santé de la région PACA prévoit ainsi :

- Une redéfinition des territoires autour du département qui devient l'axe de concertation autour des politiques publiques en lien notamment avec les services déconcentrés de l'État, le conseil général et les organismes de l'assurance-maladie. En parallèle, l'ARS s'est engagée auprès de la CRSA à définir des territoires d'action et d'observation qui permettent de mettre en place des politiques de proximité répondant à des besoins de populations ciblées ou de territoires identifiés. Le travail en lien avec les élus sera particulièrement utile pour mettre en place des actions en faveur de populations spécifiques (contrats locaux de santé en direction des populations précaires ou migrantes) ou de territoires en voie de désertification (structures d'exercice coordonné).
- La prise en compte dans les engagements de l'agence régionale de santé de la nécessaire synergie entre les politiques publiques de santé et d'autonomie, ainsi que de l'ensemble des déterminants de la santé conduira à poursuivre ou à initier des travaux communs :
  - sur le cadre de vie – notamment avec la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement dans le cadre du programme régional santé environnement,
  - sur les conditions de travail – avec la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi dans le cadre du plan régional de santé au travail,
  - sur la santé scolaire avec l'Education nationale.
- Le choix de retenir des domaines stratégiques qui impliquent l'agence régionale de santé, en appui des politiques publiques déjà initiées par d'autres acteurs.
- L'association des commissions de coordination des politiques sur les priorités retenues dans le plan stratégique régional de santé et plus largement dans le projet régional de santé.
- La participation active aux travaux de révision du Contrat de Projet Etat Région (CPER) et à l'élaboration du Plan d'Action Stratégique de l'Etat en Région (PASE), de manière à promouvoir les politiques en faveur de la santé et de l'autonomie en région.

2.2.2 L'ancrage territorial

Le choix du niveau régional pour l'élaboration des priorités de santé constitue un élément déterminant d'une dynamique territoriale très spécifique à notre région et qui transcende les limites départementales. La région comme niveau d'élaboration des politiques publiques s'est ainsi imposée progressivement. Le plan stratégique régional de santé s'inclut dans ce contexte.

Mais les conditions de vie et, par voie de conséquence, les déterminants de la santé, ne sont pas uniformes au sein de la région. C'est pourquoi la loi précise, en son article L. 1434-16, que « L'Agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de

soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ».

L'approche territoriale parle aux hommes de ce qu'ils connaissent : leur cadre de vie. Elle permet en cela de partager l'expression d'un besoin, la perception des réalités vécues, la connaissance de l'offre et de son fonctionnement. Le territoire est le lieu de rencontre entre les citoyens et les institutions pour améliorer la vie. Même s'il est patent que les inégalités territoriales de santé sont essentiellement le reflet d'inégalités sociales, leur approche territoriale garde tout son sens : celui d'une distribution la plus équitable possible des soins et de la prévention selon les besoins de chacun. Cet ancrage territorial est donc un enjeu fort : du choix des territoires dépendent à la fois la capacité des acteurs à intervenir de manière cohérente et l'adhésion de la population à l'organisation proposée.

Les différents territoires administratifs existants ont été recensés et analysés au regard de leur pertinence pour la mise en œuvre des actions de l'agence et de l'ensemble des acteurs de la santé dans ses différentes composantes.

- Le constat est que les territoires existants répondent respectivement au besoin pour lequel ils ont été définis, mais qu'aucun n'est bien adapté à la mise en œuvre de l'ensemble des actions déclinant la politique de santé.
- Dans le cadre du troisième schéma régional d'organisation des soins, 25 territoires de proximité et 9 territoires de niveau de recours ont été définis. Ils répondaient prioritairement à une logique d'organisation sanitaire, bien que les territoires de proximité aient été utilisés pour le découpage territorial d'actions de prévention et de santé publique ainsi que pour la programmation médico-sociale. Territoires d'observation et de conduite de projet, ils sont reconnus par nos partenaires et le bilan des actions conduites selon cette organisation territoriale sera pris en compte dans le cadre de l'élaboration des schémas sectoriels et programmes spécifiques. Les organisations, notamment coopérations hospitalières et ville – hôpital mises en place sur la base de ces territoires ne doivent pas être remises en cause. Un bilan synthétique de l'impact de ce découpage est présenté en annexe 4.
- Ces territoires coexistent avec d'autres territoires inscrits dans des limites départementales retenus par les Conseils Généraux pour la programmation médico-sociale.

Il convient donc de retenir un cadre unique de nature à fédérer les initiatives des différents partenaires et acteurs : pouvoirs publics, collectivités territoriales, institutions publiques et privées, organismes d'assurance maladie, usagers.

Ces considérations ont conduit à proposer différentes alternatives à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Il en ressort que, de manière certes imparfaite mais consensuelle, l'échelon départemental est celui qui présente le plus d'avantages**.**

- Il bénéficie d'une forte légitimité auprès de la population et il permet une bonne concertation avec l'ensemble des intervenants dans le domaine de la santé.
- Il est structurant par rapport à l'organisation des délégations de l'Etat, des Conseils Généraux et des organismes d'assurance maladie, ce qui est très important à la fois pour la concertation, l'animation territoriale et la mise en place de politiques spécifiques.
- Il permet une transversalité entre institutions. Transversalité importante pour favoriser les filières de prise en charge ou les parcours de vie traversant les secteurs sanitaire, médico-social ou ambulatoire, de la prévention à l'accompagnement au domicile ou en institution.
- Il favorise l'articulation avec les interventions de l'Etat, tout particulièrement du Préfet de Département, dans le cadre des SDIS, en cas de crise et pour les actions relevant de la veille et de la sécurité sanitaire ou de l'environnement.

Il n'en reste pas moins qu'il faut compléter ce découpage départemental en fonction des projets et actions qui seront pilotés par l'agence régionale de santé ou mis en œuvre sous son égide. Une analyse plus fine des besoins sera effectivement requise pour s'assurer d'un meilleur ciblage des actions, notamment de santé publique ou pour conforter l'offre de soins de premier recours. A cet effet, l'agence régionale de santé s'est dotée de compétences permettant d'enrichir cette connaissance, avec la mise en commun de savoirs provenant d'horizons divers (observatoire régional de la santé, centre régional d'éducation pour la santé, INSEE…).

Cette expertise conjointe sera questionnée pour déterminer les territoires adaptés à des problématiques de proximité requérant une organisation territoriale spécifique.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie sera concertée sur les critères communs auxquels doivent répondre des territoires infra départementaux et informée régulièrement.

3. Apporter des réponses sur des thématiques stratégiques

A la lumière du diagnostic ci-dessus, six domaines ont été considérés comme stratégiques pour la région PACA :

- **Inégalités de santé**
- **Personnes en situation de handicap et personnes âgées**
- **risques sanitaires**
- **périnatalité et petite enfance**
- **maladies chroniques**
- **santé mentale et addictions**

Il est apparu important d'identifier le domaine « inégalités de santé », qui regroupe les personnes présentant un déficit majeur d'accès à la santé. Cela concerne particulièrement les précaires et pauvres particulièrement nombreux dans la région, mais également les migrants, les détenus et sortants de détention, les personnes handicapées, les adolescents et les jeunes.

La Direction générale de la Santé a identifié cinq axes stratégiques autour desquels pourrait se structurer la politique santé publique des cinq années à venir. Dans la lignée de ces travaux, le Ministère de la Santé et des Sports a proposé de structurer l'élaboration du PSRS autour de ces cinq domaines stratégiques, complétés par un enjeu transversal majeur : l'efficience du système de santé. Ces domaines sont les mêmes que ceux identifiés en PACA, à l'exception du domaine inégalités de santé, spécifique à la région.

Chaque domaine a fait l'objet de travaux collectifs au sein de l'ARS pour formuler des objectifs généraux et spécifiques s'y rattachant.

Ces objectifs ont été validés en fonction de critères classiquement utilisés pour hiérarchiser des objectifs et en fonction des principes d'action spécifiques à l'ARS.

Critères primaires :

- **Importance ou ampleur du problème** (nombre de personnes concernées, prévalence, incidence…
- **Gravité du problème** (mortalité, morbidité, qualité de vie…)
- **Réalisme de la solution** : estimation de la capacité potentielle des acteurs à intervenir efficacement sur le problème de santé et de la faisabilité de la solution, sur les plans politique, économique, culturel, organisationnel…

Principes d'action spécifiques ARS Paca :

- **Equité** : En quoi, cet objectif nous permettrait de contribuer à la réduction des inégalités devant la santé, particulièrement les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.
- **Mise en synergie des différents acteurs du système de santé et de l'autonomie :** En quoi cet objectif va-t-il dans le sens d'un décloisonnement des politiques publiques en matière de santé ?
- **Innovation :** quelles possibilités de trouver des solutions innovantes sur le plan organisationnel ou technologique, sortant du cadre conventionnel et permettant de dépasser un blocage ?

- **Efficience : en quoi cet objectif permet-il d'accroître l'efficience du système de santé ?**

Le plan stratégique définit, dans chaque domaine de santé retenu (domaine stratégique), des objectifs généraux et des objectifs spécifiques, qui sont des objectifs intermédiaires entre ces objectifs généraux et les objectifs opérationnels qui seront décrits dans les schémas. Les objectifs du PSRS ne font pas obstacle à la détermination d'objectifs dans les autres domaines de santé au niveau des schémas et des programmes.

Au sein des domaines stratégiques, les objectifs généraux sont communs à l'ensemble des domaines de santé :

- **Améliorer la connaissance pour mieux cibler et mieux évaluer les actions**
  Les travaux dans la majorité des domaines ont fait émerger la nécessité de développer la connaissance épidémiologique, le recueil continu d'informations et la meilleure connaissance des besoins des populations… dans le but d'une part de mieux cibler les actions et d'autre part de pouvoir évaluer leurs impacts.
- **Réduire les inégalités territoriales de santé**
  Cet objectif national est apparu pertinent pour l'ensemble des domaines. Les inégalités de santé sont aussi importantes au sein de la région qu'entre régions. S'il est indéniable qu'elles sont essentiellement d'ordre socio-économique, elles tendent à se concentrer sur certains territoires. L'approche territoriale est par conséquence pertinente.
- **Rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie**
  Le champ de la prévention n'a volontairement pas été isolé ; il a sa place dans cet objectif « droit à la santé » ainsi que dans le parcours coordonné de santé. Rendre effectif le droit à la santé, c'est rendre effectif le recours des usagers au système de santé, en fonction de leurs besoins, par des mesures portant à la fois sur l'accès aux droits et sur l'accès aux services et structures.
- **Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes**
  Afin que l'usager puisse bénéficier d'un parcours coordonné, la coordination de l'offre de prévention, de soins et d'accompagnement doit être accrue. L'obtention d'un maillage bien réparti de professionnels de santé de premier recours offrant à la population la possibilité d'entrer dans un parcours de prévention et de soins coordonnés (parcours de santé) en articulation avec une offre médico-sociale et sociale de proximité (parcours de vie) ressort comme un objectif majeur et transversal à la plupart des domaines.
- **Améliorer la qualité de l'offre de santé**

  Il s'agit de la qualité dans une acception large qui inclut aussi la sécurité et la satisfaction des usagers ainsi que les bonnes pratiques professionnelles.
  Chaque domaine stratégique de santé décline tout ou partie de ces objectifs généraux en objectifs spécifiques au domaine concerné.

3.1 Inégalités de santé

3.1.1 Réduire les écarts d'accès à la santé

Ce domaine concerne diverses catégories de personnes ayant un déficit d'accès à la santé et/ou à l'autonomie en raison de l'âge ou d'une situation de handicap ou de difficultés socio-économiques. Il s'agit prioritairement des personnes vulnérables économiquement, des migrants, des détenus et sortants de détention, des personnes en situation de handicap, les adolescents et les jeunes jusqu'aux environs de 25 ans.

Les inégalités sociales font référence à la fois aux désavantages liés au niveau de revenus, aux différences de conditions de vie ou de travail, de niveau d'éducation ou encore de logement, réelles et perçues. Elles ont tendance à augmenter. En France, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadre et ouvrier est de 7 ans chez les hommes. Il n'y a pas d'effet de seuil et l'on assiste en fait à une

diminution graduelle du risque de décès tout au long de la hiérarchie sociale, phénomène connu sous le terme de « gradient social de santé ».

Les inégalités sociales de santé ne sont pas spécifiques à la région Paca, mais cette dernière est caractérisée par de grands contrastes en termes de revenus, d'emploi et de logement. La population régionale est donc particulièrement exposée aux inégalités sociales de santé.

Les personnes atteintes d'un ou plusieurs handicaps – qu'ils soient liés à des incapacités motrices, neuropsychiques ou sensorielles- rencontrent les mêmes problèmes de santé que la population générale et ont des besoins en termes de soins et de prévention au moins aussi importants. Or les obstacles pour un accès aux soins courants des personnes en situation de handicap sont multiples, complexes et variés, comme le soulignait le rapport de l'audition publique organisée par la HAS en octobre 2008.

L'ensemble des objectifs visant à réduire les inégalités de santé entre territoires et groupes sociaux participe à réduction de la mortalité prématurée. Le mode de vie des individus et leur comportement au regard de la santé sont en grande partie socialement déterminés. C'est donc en agissant auprès de territoires ou groupes de population dont les indicateurs de santé sont défavorables que l'on améliorera la mortalité prématurée, élevée en PACA comme au plan national.

3.1.2 Objectifs

Deux modalités d'action sont envisagées pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé auxquelles sont exposées les populations en difficulté spécifique d'accès à la santé :

1. Développer des programmes de santé sur les territoires prioritaires, territoires dans lesquels les indicateurs sociaux et de santé sont particulièrement défavorables.
2. Prendre en compte les besoins spécifiques de publics ciblés, par des actions différenciées et adaptées aux fragilités qui leur sont spécifiques.

Améliorer la connaissance pour mieux cibler et évaluer les actions

- **Mieux connaître et décrire les inégalités territoriales de santé, populationnelles et géographiques**

  Les décideurs auront besoin de connaissances fiables, croisant les différentes données (santé, environnement, social) à des échelles fines (cantons regroupés de la FNORS, communes, quartiers, îlots…).

- **Préciser les différents besoins de santé, pour chacun des publics, en termes de prévention et de soins.**

  Cet objectif concerne notamment la connaissance des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap, à tous les âges de la vie.

Réduire les inégalités territoriales de santé

- **Rééquilibrer l'offre de santé de proximité au profit des territoires prioritaires où cette offre est déficitaire**

  Les territoires prioritaires sont ici les territoires qui ont les plus mauvais indicateurs de santé et sociaux (mortalité prématurée, mortalité évitable, bénéficiaires de la CMU-C, etc.), dans lesquels l'offre de services de santé est fragile, déficitaire ou inadaptée. Ils sont repérés sur une base territoriale fine (cf. objectif 3.1.1)

  Il convient de conforter prioritairement l'offre de santé de premier recours dans les zones où la démographie des professionnels de santé de premier recours est fragilisée mais encore présente, principalement :

  - En favorisant tous dispositifs permettant de rompre l'isolement des professionnels de santé libéraux dans les territoires isolés : dispositifs d'exercice coordonné (maisons de santé, pôles de santé), télémédecine,

- En confortant la place essentielle du médecin généraliste, sans préjudice des mesures d'incitation à l'installation mobilisables par l'assurance maladie et les collectivités territoriales,
- En confortant la place des structures existantes : cabinets de ville, centres de santé, établissements de santé de proximité (via des complémentarités et contractualisations)
- En mettant en lien les professionnels de soin de premier recours avec les acteurs médico-sociaux et sociaux susceptibles d'intervenir de façon complémentaire autour de l'usager du système de santé (lequel occupe la place centrale).

Ces objectifs seront développés dans le schéma régional d'organisation des soins, notamment dans son volet ambulatoire.

- **Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques et favoriser le travail en réseau** (santé environnement, ville, transports, éducation, culture, emploi, logement…)

  Cet objectif, comme le précédent, a pour ambition de prendre en compte les déterminants des inégalités de santé les plus prégnants sur le territoire et d'y répondre par le développement d'une démarche coordonnée via une animation territoriale. Il prend en compte, sur ces territoires, les risques environnementaux, y compris ceux liés au logement, en liaison avec les acteurs spécifiquement concernés. Son application pourra passer par la conclusion de contrats locaux de santé sur les territoires prioritaires.

Rendre effectif le droit à la santé dans le champ de la prévention, du soin et médico-social

- **Améliorer l'accès à la prévention et aux soins**

  Cet objectif s'adresse à l'ensemble des publics en difficulté d'accès à la santé, mais particulièrement aux personnes en situation de handicap, à domicile comme en établissements et peut comporter notamment : des actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé, de promotion du dépistage organisé des cancers, des mesures pour améliorer la santé bucco dentaire, des mesures en faveur de la santé mentale et plus généralement des mesures pour favoriser l'accès aux soins, y compris les soins de suite et de réadaptation, qu'il s'agisse ou non de soins liés au handicap.

- **Soutenir les actions en faveur de l'accès aux droits et lutter contre les refus de soins :**
  Il s'agit de deux aspects très complémentaires du droit à la « non discrimination », droit fondamental des usagers du système de santé.

- **Rendre effective l'accessibilité aux équipements et services, favoriser la mobilité :** mesures d'accessibilité physique, accompagnement des personnes en situation de handicap dans le dispositif de soins…

Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes

- **Encourager la complémentarité entre les institutions, services et professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatif, insertion professionnelle** notamment pour éviter les ruptures de prise en charge entre les différents âges de la vie des personnes en situation de handicap

Améliorer la qualité de l'offre de santé

- **Renforcer les stratégies d'engagement favorables à la santé**

  Ces stratégies « d'empowerment » permettent à l'individu d'accroître ses capacités, favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle**.** Elles s'appuient sur la mobilisation des publics en prenant en considération leurs demandes et besoins pour une co-construction des actions.

  Ces stratégies de capacitation s'appliquent également aux personnes en situation de handicap et à leur entourage. Dans ce domaine, il convient prioritairement de repérer et valoriser les initiatives et les outils qui existent déjà.

3.2 Personnes en situation de handicap et personnes agées

3.2.1 Prévenir et accompagner la perte d'autonomie

La Loi de février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a rendu plus explicite la notion de compensation du handicap, afin de permettre aux personnes en situation de handicap de vivre, avec leur différence, le plus ordinairement possible au sein de la cité. Le soutien à domicile et à l'accès à tous dispositifs de droit commun est donc logiquement le premier objectif. Si cela ne suffit pas à répondre à des besoins particuliers, ce « droit commun » peut être adapté par des mesures prises par dérogation aux manières habituelles de travailler ou de fonctionner.

Enfin, lorsque la perte d'autonomie le nécessite, les établissements médico-sociaux doivent pouvoir accueillir les personnes handicapées en proximité de leur famille, hormis le cas de handicaps complexes ou lourds. La région PACA se caractérise par un sous-équipement global en établissements pour enfants et jeunes, aggravé par de très fortes disparités infra-territoriales. Il est donc nécessaire de poursuivre un effort de rééquilibrage territorial, lequel concerne également les établissements pour adultes handicapés : MAS, FAM et ESAT.

Les personnes âgées constituent une population fragile, médicalement, économiquement (pour partie, avec la baisse des pensions) et socialement, plusieurs enjeux sont identifiés :

- *Le soutien à domicile et la préservation de l'insertion sociale par des services adaptés aux besoins et réellement accessibles.*
- *Les actions de prévention, de soins et médico-sociaux à domicile : le soutien aux actions de prévention du vieillissement pathologique, l'accessibilité aux soins de premier recours et la bonne coordination des acteurs de soins et de nursing à domicile pour une réponse complète, territorialisée et de proximité à leurs besoins*
- *L'organisation des établissements médico-sociaux : les résidents sont plus souvent atteints de polypathologies chroniques et de maladie d'Alzheimer ou apparentée. Les établissements devront renforcer leur organisation et leurs liens avec les structures sanitaires. Ils doivent aussi lutter contre des maltraitances encore trop fréquentes et développer des plans de bientraitance.*

3.2.2 Objectifs

Améliorer la connaissance pour mieux cibler et évaluer les actions

- **Améliorer la connaissance des besoins de santé et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées de la région**
  En particulier, la population des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées à domicile est mal connue.
- **Améliorer la connaissance des parcours de vie des personnes âgées et handicapées**
- **Améliorer la connaissance des différents segments de l'offre gérontologique et de leur articulation**

Réduire les inégalités territoriales de santé

- **Optimiser l'offre médico-sociale existante en complémentarité avec l'offre de sanitaire de premier recours, notamment la couverture en infirmiers et en SSIAD, ainsi que les services sociaux prenant en charge des personnes âgées et handicapées**

  Par exemple : constituer des plateformes de services permettant de proposer une polyvalence de prise en charge en proximité.

Rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie

- **Renforcer l'offre de prévention à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, dans les établissements et services médico-sociaux** notamment en vue de réduire les hospitalisations évitables et les durées d'hospitalisation

- **Développer en complémentarité avec les autres acteurs, des actions visant à préserver l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à domicile, comme en établissements.**

  Il s'agit notamment d'actions dans les domaines de la nutrition, de la prévention des chutes et de la mémoire dans lesquelles s'impliquent les organismes de protection sociale, collectivité et divers acteurs associatifs.

Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes

- **Assurer le bon fonctionnement de la filière gériatrique au sein des territoires de santé, notamment pour garantir la continuité des prises en charge**

  L'organisation formelle des articulations entre les établissements, professionnels et services est à renforcer, de même que les partenariats avec l'hospitalisation à domicile, les médecins traitants, les acteurs médico-sociaux et les structures de coordination (CLIC, réseaux de santé, MAIA), afin d'éviter les ruptures de prise en charge.

- **Renforcer, au sein des établissements médico-sociaux, l'élaboration de projets de vie, élaborés à partir des besoins et des choix de la personne handicapée ou de la personne âgée, pour aboutir à un parcours individualisé** et à la mise en œuvre d'un plan personnalisé de santé**.**

Améliorer la qualité de l'offre de santé

- **Promouvoir la bientraitance en établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'à domicile**
  La bientraitance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins. La bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques.
  L'ANESM a identifié 4 repères : l'usager co-auteur de son parcours ; la qualité du lien entre professionnels et usagers ; l'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes contributions internes et externes pertinentes ; le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.

- **Améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie**

  Soutenir les soignants et les accompagnants dans l'accompagnement de la fin de vie.

- **Améliorer la qualité de prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées**

  L'amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et de ses conséquences reste une priorité, eu égard au nombre de personnes atteintes et aux conséquences de la maladie sur les patients et leur entourage. Les actions à développer se situent dans le cadre du plan national Alzheimer 2008 – 2012.

- **Renforcer la formation des médecins généralistes de ville pour la prise en charge des personnes en situation de handicap**

  Cela peut être un thème régional de développement professionnel continu (DPC). Les formations devront particulièrement mettre l'accent sur la prise en charge des patients lourds, présentant des troubles du comportement, en souffrance psychique ou atteints de maladies chroniques.

- **Promouvoir l'application des recommandations des bonnes pratiques (HAS…)** concernant les handicaps, en matière d'accès aux soins, aides techniques, prévention et dépistages, information des patients et droits des patients…

3.3 Risques sanitaires

3.3.1 Mieux anticiper et renforcer nos capacités de veille et de gestion des crises sanitaires

La sécurité sanitaire est devenue un enjeu majeur de la vie en société, enjeu majeur pour notre région densément peuplée et soumise à des risques naturels et technologiques importants. L'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaires est le premier point sur lequel la population attend une réponse d'une qualité sans faille de la part des autorités.

Aux dix-neuvième et vingtième siècles, l'amélioration des conditions de vie a constitué un élément clé des progrès enregistrés en termes de santé de la population. Aujourd'hui, toutefois, l'évolution des modes de vie, la pollution des milieux naturels, les accidents climatiques plus fréquents et le ressenti de la population remettent l'environnement au premier plan et ce sous un double aspect :

- *les expositions prolongées, chroniques, à des polluants et substances nocives résultant des activités humaines ;*
- *les situations de crise, qu'il s'agisse d'inondations, séismes, conditions climatiques extrêmes, accidents industriels, iatrogénie du dispositif de soins, épidémies ...*

Les situations de crise, quelle qu'en soit l'origine, ont toujours un impact sanitaire et les autorités sanitaires ont un rôle majeur dans la gestion de ces crises.

3.3.2 Objectifs

Améliorer la connaissance

- Améliorer la connaissance des risques sanitaires dans la région

L'évaluation des risques est le premier pilier de tout dispositif de sécurité sanitaire. Les actions peuvent porter au moins dans deux directions :

- Améliorer le recensement des risques, par exemple faire une synthèse territoriale des risques auxquels sont exposés les populations et les établissements sanitaires.
- Encourager la recherche, en particulier pour l'évaluation des risques mal connus.

Améliorer la qualité de l'offre de santé

- Optimiser la veille et l'alerte

L'ARS est chargée d'organiser l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement de tous les signalements. Les signaux observés sont relatifs :

- aux risques naturels, environnementaux et technologiques : l'eau, la pollution de l'air, les allergies liées aux pollens, l'habitat, les évènements naturels (inondations, mouvement de terrain, feux de forêts, avalanches, séisme…) ;
- aux maladies transmissibles : les maladies à déclaration obligatoire (sida, tuberculose, légionellose, toxi-infections alimentaires, rougeole, hépatites A), les maladies d'importation (paludisme, H1N1, chikungunya), les zoonoses (west nile, fièvre Q etc.) ;
- aux signaux liés aux activités de soin : activité des urgences, infections nosocomiales .

Compte tenu des enjeux, l'ARS doit se doter d'un dispositif régional performant et efficient.

- Développer les outils de réponse aux alertes et de gestion des crises sanitaires

La gestion des risques et des crises sanitaires au plan territorial est, après la veille et l'évaluation, le second volet fondamental de la sécurité sanitaire.

Elle comprend d'une part un versant préventif par l'application de normes et de règles afin d'obtenir le niveau de risque le plus faible, ce qui suppose la mise en place de procédures de contrôle et d'inspection de leur application. Ces actions convergent avec les projets d'amélioration de la qualité de l'air et de l'eau du second plan régional santé environnement.

Elle comprend d'autre part l'élaboration et la révision des différents plans de réponse aux urgences sanitaires et aux situations exceptionnelles, y compris non exclusivement sanitaires, ainsi que des exercices d'application de ces plans.

- **Améliorer l'information des professionnels de santé à la gestion des risques sanitaires**
    - Actions au niveau de la formation initiale.
    - Actions au niveau de la formation continue.
    - Association la médecine libérale aux objectifs de gestion des crises sanitaires, notamment pour la prise en charge des populations les plus fragiles.

- **Améliorer la connaissance de la population sur la gestion des risques sanitaires majeurs ou spécifiques à la région PACA**

La société est de plus en plus sensible au risque, notamment du fait de l'écho donné par les médias aux crises sanitaires. Mais cette perception est très subjective et peut être notablement éloignée de la réalité du risque véritablement encouru. Il est donc nécessaire d'améliorer les connaissances de la population sur l'existence et la portée réelle des différents risques, prioritairement ceux qui sont importants au niveau de la région Paca.

L'objectif à atteindre, qui peut s'appuyer sur les média, les municipalités, le système éducatif, les professionnels de santé, est de permettre d'associer le public à une gestion collective de la sécurité sanitaire (Cf. empowerment)

3.4 Périnatalité et petite enfance

3.4.1 Promouvoir l'égalité de santé, dès les premiers âges de la vie

Le domaine de la périnatalité recouvre les prises en charge de la grossesse, de la naissance, de la période néonatale (0-28 jours), de l'assistance médicale à la procréation, du diagnostic prénatal et des interruptions volontaires de grossesse. Il concerne plus généralement les couples en âge de procréer.

Le domaine de la petite enfance concerne, outre les enfants de 0 à 6 ans, les parents et futurs parents.

C'est prioritairement en faveur des populations vulnérables que des actions seront développées, notamment dans le cadre du PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.

Il s'agit d'une part de poursuivre les objectifs qui ont été engagés par la mise en œuvre des plans nationaux précédents mais également de développer les prises en charges dans une vision globale des parcours de santé des femmes et des enfants tout en favorisant l'émergence d'actions visant à réduire les inégalités d'accès.

Les interventions dans ces domaines imposent un partenariat étroit avec les Conseils Généraux (services de PMI, CAMSP) et l'Education Nationale (santé scolaire). Elles s'appuieront également sur les réseaux régionaux de périnatalité dont l'une des premières missions est de participer à l'organisation de l'offre de santé du domaine.

3.4.2 Objectifs

Améliorer la connaissance pour mieux cibler et évaluer les actions

- **Renforcer la connaissance épidémiologique sur le développement des enfants et particulièrement des nouveaux nés vulnérables en lien avec les données du suivi de grossesse.**

Il existe peu d'information sur le devenir des nouveaux nés à risques et plus précisément sur les causes et les conséquences à moyen et long terme de la prématurité. Par ailleurs, les systèmes d'information ne permettent pas actuellement de manière automatique de lier la mère à son enfant. Il convient de promouvoir les initiatives permettant l'amélioration des connaissances dans ce domaine afin d'optimiser l'organisation et la qualité d'offre permettant la prise en charge et le suivi de cette population.

- **Préciser le profil et le parcours des femmes ayant recours à l'IVG, au niveau territorial,** par l'exploitation des informations produites et par des enquêtes spécifiques.

Réduire les inégalités territoriales de santé

- **Améliorer l'adéquation de l'offre aux besoins de sécurité et de proximité pour la mère et l'enfant**

Il s'agit de favoriser l'individualisation des niveaux de prises en charge au sein des maternités et les coopérations entre maternités de différents niveaux de manière à adapter l'offre aux besoins réels de la population et à optimiser les ressources existantes.

Rendre effectif le droit à la santé et autonomie

- **Améliorer, pour les populations vulnérables, les modalités d'accès effectives des femmes :**
  - à la promotion de la santé et à l'éducation à la santé ;
  - au suivi de la grossesse, à l'AMP, à la contraception et à l'IVG et mieux cibler l'offre de prévention.

- **Renforcer et coordonner les offres de prévention et de dépistage précoce en direction de la petite enfance, en lien avec les PMI, les CAMSP et la santé scolaire, concernant notamment :**
  - Le surpoids et de l'obésité ;
  - Les troubles sensoriels (audition, vision) ;
  - Les troubles du langage ;
  - Les troubles envahissants du développement ;
  - Les vaccinations.

Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes

- **Promouvoir la mise en place de filières de prise en charge autour de chaque maternité**

Promouvoir la coopération des acteurs en amont et en aval de la naissance par la mise en place de filières autour des maternités afin de garantir un suivi en pré et post natal sécurisé et de qualité.

- **Améliorer l'organisation du repérage précoce, de la prise en charge et du suivi des nouveaux nés à risques en favorisant la coordination des acteurs**

La population des nouveaux nés à risques recouvre à minima la population des grands prématurés et des enfants présentant une pathologie lourde en période néonatale et/ou une hospitalisation prolongée ainsi que les enfants présentant un risque particulier sur le plan psychique ou somatique.
Il convient de renforcer l'offre tant sanitaire (libérale et en établissement) que médico-sociale mais également de favoriser la coordination entre les différents segments de cette offre en particulier pour éviter les ruptures de prises en charge à certains âges clés.

- **Promouvoir en lien avec les centres de références hospitaliers, des filières de prises en charge pour les troubles et maladies chroniques de l'enfance**

Améliorer la qualité de l'offre de santé

- **Renforcer l'élaboration et la diffusion des référentiels de bonnes pratiques de suivi des grossesses et de suivi des enfants.**

Il s'agit de favoriser l'élaboration et la diffusion de référentiels partagés et validés entre les acteurs en matière de prise en charge mais également d'information et d'accompagnement des femmes et des familles.

3.5 Maladies chroniques

3.5.1 Améliorer la qualité de vie, prévenir les complications

Il s'agit de maladies de longue durée, parfois fluctuantes, dont l'évolution peut être émaillée de complications plus ou moins invalidantes. Un très grand nombre de maladies s'inscrivent potentiellement dans ce cadre, qui ont en commun la nécessité d'un suivi au long cours, impliquant le patient dans la gestion de sa prise en charge : affections cardiovasculaires, diabète, broncho pneumopathies chroniques, infections chroniques (VIH, hépatites chroniques), certains cancers… Toutes les disciplines médicales ont leur lot de maladies chroniques. Les maladies rares s'inscrivent tout à fait dans cette nécessité de gestion de la chronicité.

La prévalence des maladies chronique s'est progressivement accrue au point de devenir un enjeu sanitaire et sociétal majeur.

Enjeu pour le système de soins : Il doit à la fois prendre en charge les personnes souffrant de ces maladies et tenter d'en prévenir les complications tout en préservant, autant que faire se peut, leur autonomie et leur qualité de vie.

Enjeu pour la société d'autre part, lorsque ces maladies chroniques peuvent faire obstacle au maintien dans l'emploi. Enjeu pour la société encore, lorsque ces maladies chroniques, ayant réduit de façon substantielle l'autonomie des personnes, génèrent des besoins de compensation de la perte d'autonomie.

Ces enjeux justifient des efforts supplémentaires :

- *Pour prévenir les maladies chroniques lorsqu'elles sont fortement liées à des comportements et pour les dépister à un stade précoce.*
- *Pour mieux les prendre en charge, notamment en rendant le patient acteur de sa prise en charge par une éducation thérapeutique adaptée.*
- *Pour mieux en gérer les conséquences sociales et médico-sociales.*

3.5.2 Objectifs

Réduire les inégalités territoriales de santé

- **Renforcer la déclinaison territoriale des actions de prévention des facteurs de risques des maladies chroniques et favoriser l'accès aux dépistages dans les territoires défavorisés** (cf. domaine inégalités de santé).

Rendre effectif le droit à la santé dans le champ de la prévention, du soin et médico-social

- **Lutter contre les facteurs de risque comportementaux et environnementaux**

Les maladies chroniques les plus fréquentes sont fortement conditionnées par les déterminants comportementaux : nutrition et activité physique, tabac, alcool. Les actions d'éducation pour la santé doivent être renforcées en conséquence.

- **Informer et sensibiliser le public et les professionnels de santé**
  (notamment sur les maladies rares)
  Informer sur les maladies, les facteurs de risque, la prévention et le dépistage précoce.

- **Améliorer le taux de couverture vaccinale** pour la part de ces maladies chroniques liées à un agent infectieux particulier (hépatites, Herpes - HPV).

- **Améliorer le dépistage**.

Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers.
Favoriser le dépistage d'autres maladies chroniques (broncho-pneumopathie chronique obstructive, dépistage opportuniste du diabète, …)

Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes

- **Améliorer l'accès aux soins de premier recours** et la prise en charge de proximité, notamment en intégrant la dimension de suivi des maladies chroniques et l'éducation thérapeutique dans l'organisation des soins

- **Faciliter le parcours de soins** des patients atteints de maladie chronique en améliorant la coordination des acteurs

- **Rendre lisible la gradation des soins et effectif l'accès au niveau de recours et de référence** y compris pour les maladies rares. S'il n'est pas possible de disposer d'une offre de second recours dans tous les territoires, les conditions d'accès à cette offre de recours doivent être organisées et lisibles (filières).

N.B. L'accès effectif est conditionné non seulement par la répartition géographique de l'offre mais aussi par son accessibilité économique.

- **Développer la prise en charge médico-sociale des personnes atteintes de maladies chroniques en perte d'autonomie**

- **Assurer l'articulation avec les autres politiques publiques** ayant un impact sur la santé pour renforcer la prise en charge des conséquences sociales de ces maladies (isolement, conséquences financières, réinsertion professionnelle…).

Améliorer la qualité de l'offre de santé
(pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et amortir les conséquences sociales et professionnelles de la maladie)

- **Développer l'accompagnement et l'éducation thérapeutique pour rendre les patients autonomes**
- **Améliorer les pratiques des professionnels de santé conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé**
- **Favoriser la participation des usagers :** intégrer les associations de malades et d'aidants à la déclinaison régionale de la politique en faveur des personnes atteintes de maladies chroniques.

3.6 Santé mentale et addictions

3.6.1 Mieux soigner et accompagner les personnes

En Paca, l'enquête Santé mentale en population générale (DRASS Paca), publiée en 2009, permet d'avoir une estimation des problèmes de santé mentale ressentis et exprimés. Un tiers des personnes de 18 ans et plus de la région présenterait actuellement au moins un trouble de santé mentale (hors risque suicidaire et problèmes d'insomnie), soit environ 1 245 000 personnes. Cette prévalence est légèrement supérieure à la moyenne métropolitaine qui avoisine 32 %.

Parmi les maladies mentales, les psychoses chroniques et les névroses graves sont à l'origine d'altérations importantes de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage. Leurs répercussions économiques sont considérables, tant par le poids des prises en charge que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale.

L'intrication des troubles de la santé mentale avec les facteurs économiques et sociaux est forte : les troubles sont plus fréquents parmi les personnes inactives, les habitants de quartiers modestes, les ménages en situation de précarité et encore plus chez les personnes en situation de grande exclusion.

Avec environ 1000 suicides par an, le suicide est une problématique saillante en Paca. Si l'on note une légère sous-mortalité par suicide chez les hommes par rapport à la France, on relève, en revanche, davantage de tentatives de suicide chez les femmes . Surtout, on observe dernièrement une stabilisation des taux de suicides, alors qu'ils baissaient depuis une vingtaine d'années en Paca.

En matière de recours aux soins, ce sont paradoxalement les jeunes qui recourent le moins aux soins alors que la majorité des troubles apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte : on observe une fréquence de troubles anxieux maximale chez les jeunes adultes.

Les troubles ne sont pas toujours initialement bien repérés par les professionnels du premier recours et les usagers ont eux même des difficultés à se repérer dans le système de soins, ce qui peut induire des parcours de soins chaotiques. Sur un autre plan, la représentation de ces troubles dans la population reste péjorative.

Les objectifs dans ce domaine concernent la santé mentale dont la psychiatrie et les addictions.

3.6.2 Objectifs

Améliorer la connaissance

- **Développer et promouvoir les études épidémiologiques et les dispositifs de connaissance en santé mentale en lien avec les travaux existants**
  - **Évaluer l'impact des actions de prévention du suicide et de la récidive**
  - **Evaluer l'efficience des actions de formation en direction des professionnels** de santé de premier recours dont les médecins généralistes au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires, pour les reconduire ou les réorienter.
  - **Améliorer le recueil d'informations sur les hospitalisations en psychiatrie**
- **Dans le champ des addictions, préciser les besoins de santé, pour chaque type d'addiction,** en termes de prévention, soins et accompagnement

Réduire les inégalités territoriales de santé

- **Développer au niveau territorial des actions de sensibilisation du grand public** sur les troubles de la santé mentale, les maladies mentales et leur prise en charge
- **Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement,** accessibles dans tous les territoires

Rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie

- **Améliorer l'information des professionnels de santé de premier recours et sensibiliser les médecins généralistes** à la prévention, au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique, notamment les troubles dépressifs et les risques suicidaires.

- **Promouvoir des actions pour favoriser le repérage de la souffrance psychique chez les personnes en situation de précarité par les travailleurs sociaux** et leur orientation vers les soins
- **Repérer et soutenir les réseaux et actions les plus efficients en prévention et récidive du suicide**
- **Développer la prévention des risques psycho-sociaux en milieu de travail,** en lien avec les principaux acteurs : DIRECCTE, CARSAT, ACT Méditerranée…

Mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes

- **Déterminer sur chaque territoire de santé le parcours de soins** en addictologie, y compris pour les patients détenus.
Ce parcours englobe le repérage précoce, l'accès aux soins, le soin et la réinsertion du patient ainsi que le soutien aux professionnels.

- **Améliorer les articulations entre les dispositifs sanitaires et les dispositifs médico-sociaux et d'hébergement social,** en lien avec l'entourage familial, au profit des personnes atteintes de pathologies mentales chroniques et de handicaps psychiques**,** en garantissant la continuité de la prise en charge en soins et prévention, afin d'éviter les ruptures de prise en charge.

Améliorer la qualité de l'offre de santé

- **Sensibiliser l'ensemble de professionnels à la prise en compte des aidants** naturels.

- **Mettre en place une coordination locale des actions de prévention des addictions** et une coopération entre décideurs publics.

4. S'engager en faveur de l'efficience

Cet engagement nous conduira à agir dans l'ensemble des composantes de la qualité, en visant tout à la fois l'amélioration de la prise en compte du point de vue des usagers par le système de santé régional, mais aussi son efficacité, sa sécurité, son accessibilité, et son efficience.

Agir en faveur de l'efficience, c'est améliorer de manière parallèle la qualité et l'optimisation des moyens. Cette démarche se situe dans la conciliation permanente de l'efficacité économique et de l'amélioration de la qualité rendue possible par la mise en place d'organisations performantes répondant aux besoins de la population.

Elle prend aussi tout son sens avec le souci d'optimisation des parcours de vie et de soins résultant d'un rapprochement entre actions de prévention, médecine ambulatoire, établissements de santé et médico-sociaux.

4.1 Améliorer la connaissance et l'évaluation

4.1.1 Partager avec les établissements sanitaires et médico-sociaux un diagnostic de leur performance

- Dans les établissements sanitaires, à partir des outils de mesure de la performance hospitalière dans toutes ses dimensions (activité, budget, qualité, ressources humaines, organisation) proposés par l'Agence Nationale de l'Amélioration de la Performance (ANAP) et la Haute Autorité de Santé (HAS).

- Dans les établissements médico-sociaux, sur la base d'indicateurs qualité définis par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

(ANESM) et concertés avec les acteurs du secteur médico-social, ainsi que sur leur performance avec l'extension des missions de la HAS et de l'ANAP à ces établissements.

4.1.2 Se donner les moyens de faire un diagnostic précis du niveau de performance du système régional de santé et de faire des arbitrages efficients

- La consommation de santé régionale apparait globalement plus élevée que la moyenne nationale. C'est notamment le cas du secteur ambulatoire. Il sera nécessaire d'objectiver ce constat et d'établir un diagnostic par territoire et type de service.

- Le projet régional de santé devra contribuer à réduire les écarts constatés et procéder en conséquence à des choix prenant en compte de manière systématique les données médico-économiques. Des études médico-économiques seront réalisées pour identifier les parcours et les prises en charge les plus efficients.

4.2 Optimiser l'allocation de l'enveloppe régionale pour assurer le financement de l'adaptation de l'offre de santé

Au-delà des exigences de connaissances et d'évaluation, il est nécessaire de définir des objectifs qui permettront à l'ARS d'accompagner financièrement les évolutions de l'offre de santé. Ceci passe par la contractualisation avec les établissements en vue de leur retour à l'équilibre budgétaire, l'accompagnement des démarches d'amélioration de la performance et la recherche de financements externes.

4.2.1 Contractualiser avec les établissements en vue d'un respect de leur équilibre budgétaire

Cet objectif concerne particulièrement le retour à l'équilibre financier des établissements publics de santé, demandé par le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé à fin 2012. Il pourra être atteint par :

- Un suivi renforcé de la situation financière des établissements sanitaires publics, avec mise en œuvre de mesures correctives de gestion sans attendre l'atteinte du niveau d'alerte.

- La mise en œuvre de plans de redressement, associant des mesures structurelles et de valorisation de l'activité. Sur ce dernier point, ces mesures devront être compatibles avec les objectifs territoriaux d'évolution de l'activité.

4.2.2 Accompagner les démarches d'amélioration de la performance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

- Inciter les établissements – y compris médico-sociaux – à s'inscrire dans les démarches initiées par l'ANAP en faveur de l'amélioration de l'organisation interne des établissements.

- Contribuer à la dynamisation de la politique d'investissement des établissements, notamment pour accélérer le financement des projets ayant une incidence sur leur efficience interne : systèmes d'information, modernisation des structures…
- Encourager les établissements à acquérir une taille adaptée leur permettant de répondre tout à la fois aux impératifs de qualité et sécurité et au contexte économique, notamment de tarification à l'activité. Cette recherche de taille optimale pourra conduire les établissements à

modifier leur périmètre d'activité et pourra rendre nécessaires des regroupements et des mutualisations.

4.2.3 Dégager des marges au plan régional de manière à financer des priorités stratégiques

L'amélioration de l'équilibre économique et budgétaire des établissements évoquée dans les deux paragraphes précédents, devrait permettre de consacrer une part plus importante des marges régionales à l'accompagnement de l'adaptation du système de santé y compris le maintien d'une offre de proximité dans les zones fragiles.

Le plan stratégique dresse un certain nombre de constats et d'orientations. Ceux-ci feront l'objet de programmation dans les schémas et programmes sectoriels. Leur mise en œuvre effective dépendra de la capacité de l'ARS à dégager des disponibilités financières au sein de ses enveloppes.

- Négocier dans le cadre du CPOM Etat – ARS des enveloppes budgétaires compatibles avec les besoins d'adaptation de l'offre de santé. Ces besoins s'inscrivent d'ailleurs pleinement dans le cadre d'orientations nationales ;
- Rechercher des financements complémentaires dans le cadre des dispositifs de financement hors assurance maladie.

4.3 Promouvoir des organisations régionales efficientes

4.3.1 Contribuer à la diffusion et à la mise en œuvre de bonnes pratiques

L'ARS s'engage à participer activement à des mesures destinées à améliorer la pertinence des prises en charge, par l'application des référentiels, telles que :

- Actions de l'Observatoire du Médicament et des Innovations Thérapeutiques (OMIT) sur le bon usage du médicament ;
- Actions de Gestion du Risque (GDR) dans le cadre du programme régional pour promouvoir les bonnes pratiques professionnelles ;
- Actions subventionnées pour l'amélioration de la qualité des soins de ville (FICQS…) ;
- Actions initiées par la haute autorité de santé (HAS) et l'agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) en matière de bonnes pratiques.

Par ailleurs, l'ARS veille à la mise en œuvre dans la région des dispositifs nationaux, en matière de certification des établissements de santé et de développement professionnel continu des médecins.

4.3.2 Lutter contre les gaspillages et les abus

Les actions de gestion du risque co-pilotées par l'ARS et les organismes d'assurance maladie, au-delà de la promotion de bonne pratiques ont aussi pour fonction d'améliorer l'efficience économique du système de santé en rappelant aux assurés sociaux et aux professionnels de santé leur devoir de prise en compte des coûts, respectivement en matière de consommation et de prescription.

L'ARS soutiendra les actions contribuant à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

4.3.3 Promouvoir la mise en œuvre d'une organisation efficiente de la santé

L'ARS favorisera l'émergence d'un système de santé plus coopératif et plus participatif entre les multiples acteurs au service de la santé des populations. Il importera de promouvoir les complémentarités et les recompositions entre établissements pour optimiser l'offre de santé.

Cette recherche concertée d'une réponse adéquate aux besoins de santé - intégrant les actions de prévention et associant étroitement le secteur public, privé et ambulatoire - permettra de faire l'économie d'hospitalisations évitable**s**. Cette politique attentive permettra à notre région de contenir l'augmentation du recours aux soins découlant de l'évolution médicale et démographique.

Outre la coopération autour du patient, l'ARS incitera les opérateurs de santé à des mutualisations de moyens techniques, médicaux et logistiques. L'utilisation des outils juridiques de ces coopérations sera encouragée.

L'ARS s'engage à soutenir les démarches initiées par des professionnels de santé ou des structures sanitaires et médico-sociales en vue de corriger les inégalités d'accès à la santé, dans le respect des impératifs d'efficience et de sécurité de la prise en charge.

4.4 Améliorer en permanence la sécurité du système régional de santé

Il s'agit d'une attente forte et légitime de la population. Elle constitue le socle de l'action de l'ARS. En ce sens, le projet régional de santé devra apporter des réponses dans l'ensemble de ses champs de compétence, depuis la gestion des risques sanitaires jusqu'aux risques spécifiques générés par les activités de soins.

4.4.1 Encourager les démarches de gestion des risques en établissement sanitaires et médico-sociaux et en ville

Ces démarches reposent sur quatre principes découlant d'une approche qualité:

- Le recueil des évènements indésirables de manière organisée,
- L'analyse de ces éléments en vue de la mise en œuvre de mesures correctives,
- L'évaluation récurrente des mesures correctives
- La mise en œuvre des réajustements nécessaires.

L'ARS s'engage à promouvoir les démarches dans le domaine de la prévention des risques associés aux soins :

- Veiller au déploiement en région du plan stratégique national 2009/2013 de prévention des infections associées aux soins et à la prise en compte des recommandations nationales sur les secteurs à risques spécifiques :
  - Définition de priorités régionales pour les établissements de santé
  - Extension du programme de prévention des infections associées aux soins aux établissements médico-sociaux
  - Déploiement d'un programme de sensibilisation pour les professionnels de santé libéraux.
- Améliorer la sécurité d'utilisation des médicaments et produits de santé et notamment soutenir les travaux menés dans les domaines de la sécurisation des médicaments et des dispositifs implantables, de l'hémovigilance et de la transfusion sanguine.

4.4.2 Optimiser la sécurité des systèmes d'information en santé

Diffuser les référentiels transmis par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) et veiller à leur mise en œuvre de manière à favoriser l'interopérabilité, la fiabilité et la sécurité des données de santé.

5. Développer l'expression et le respect des droits des usagers

Ce sont principalement la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique qui ont structuré en France la reconnaissance des droits des usagers du système de santé.
La Conférence Nationale de Santé a élaboré un rapport en matière de respect des droits des usagers en 2008, qui recommandait la création d'une mission relative aux droits des usagers du système de santé dans l'organigramme des futures ARS. En région Paca, la démocratie sanitaire est bien présente à l'organigramme de l'agence régionale de santé.

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie comporte une commission des droits des usagers et le décret du 18 mai 2010, prévoit que le plan stratégique régional de santé comporte des objectifs en matière de respect des droits des usagers du système de santé.

5.1 Améliorer la connaissance pour mieux cibler et évaluer les actions

Cet objectif apparaît comme premier, car de lui dépendent l'usage de tous les autres.

Il consiste à s'assurer que les offreurs de santé, établissements comme professionnels, soient porteurs de ces droits pour permettre aux usagers d'y accéder. Il consiste également à mesurer l'état des connaissances de l'ensemble de la population, dont chaque membre est un usager potentiel du système de santé.

Dresser un état des lieux régional de la connaissance de leurs droits par les usagers

Réaliser un tableau détaillé des mesures prises pour le respect des droits des usagers et évaluer la connaissance que les usagers et les associations en ont, ce qui devrait permettre d'identifier des axes précis d'amélioration.

Plusieurs modalités peuvent être envisagées, en s'appuyant sur les données existantes et en organisant leur recueil systématique et leur analyse :

- les rapports des CRUQPC et des Conseils de la Vie sociale, en organisant le recueil de ce ces données de manière plus homogène,
- les résultats de la certification des établissements de santé,
- les enquêtes de satisfaction,
- les évaluations externes que doivent réaliser les établissements médico-sociaux.

Des outils complémentaires pourront être mobilisés si nécessaire, comme des enquêtes auprès des usagers, établissements et professionnels de santé, en lien avec l'URPS notamment.

5.2 Promouvoir les droits des usagers dans tous les secteurs de la santé

Mieux Informer les usagers

Il s'agit de communiquer sur les droits des usagers du système de santé en langage accessible à la fois aux professionnels de santé et aux différents publics, de rendre clair et lisible l'accès effectif à ces droits.

Un plan de communication, faisant appels aux différents médias (débats publics, presse, internet) viendra concrétiser cette volonté d'information.

Proposer des modalités d'amélioration dans le cadre de la contractualisation entre l'ARS et les établissements sanitaires et médico-sociaux, en particulier dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (par exemple, l'affichage d'informations sur les droits des usagers dans le hall d'accueil des établissements).

Rédiger et diffuser une charte régionale des droits de l'usager du système de santé

C'est un travail d'appropriation des chartes nationales (charte de la personne hospitalisée, charte des droits et libertés de la personne accueillie en établissement ou service médico-social) qui est proposé aux acteurs de la démocratie sanitaire.

L'objectif est de recenser sous une forme condensée l'ensemble des droits en renvoyant vers les sources légales et réglementaires. Cette charte commune pourra être ensuite diffusée très largement, par l'ARS et ses partenaires, pour être affichée dans les établissements de sanitaires ou médico-sociaux.

Mieux informer les acteurs des soins de leurs obligations de communication

Les acteurs du soin sont soumis à un certain nombre de demandes et d'obligations de communication d'informations : affichage des indicateurs de qualité à destination des patients, organisation de la représentation des usagers au sein des établissements de santé, information sur les recours possibles, etc.

Les établissements comme les professionnels doivent être informés et formés pour améliorer la connaissance de leurs obligations et accompagnés pour développer les supports et outils de diffusion de l'information, et les présenter de façon adaptée. Ce travail peut se faire en lien avec l'URPS pour les professionnels de santé.

5.3 Rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers

Des critères ont été définis par la HAS, en lien avec le CISS, auprès des professionnels de santé. Il convient en outre d'être particulièrement attentifs aux points suivants :

5.3.1 Le droit au respect de la dignité

Adopter une posture différente à l'égard des personnes vulnérables

L'objectif est de développer des actions de communication qui changent le regard de la société sur les plus vulnérables : développer l'idée que la manière de prendre en charge la personne vulnérable est structurante pour toute la société. Par exemple, l'accès aux transports pour les personnes en situation de handicap ou de dépendance, l'élargissement des trottoirs sont des actions qui bénéficient aussi aux personnes âgées et aux mères de famille. C'est une façon d'affirmer que la société n'est pas organisée seulement pour ses membres les plus vaillants.

Améliorer les conditions de sortie des établissements de soins comme médico-sociaux :

Des difficultés persistantes sont notées à la sortie des établissements de soins, compliquant le retour au domicile et risquant de conduire à des ré hospitalisations rapides.

Il convient donc :

- d'améliorer les conditions de sortie des établissements de soins comme médico-sociaux et si besoin, veiller à la continuité des soins et à l'accompagnement de la prise en charge adaptée à la personne et aux situations (cela peut être éventuellement spécifié dans un plan personnalisé de santé) ;
- de rappeler les recommandations de sortie des établissements médico-sociaux.

Les actions proposées devront inciter les établissements à préparer bien en amont de la sortie les modalités adaptées en fonction de l'état et de la situation économique et sociale de la personne hospitalisée ou prise en charge.

Renforcer l'information concernant les droits des malades en fin de vie et les soins palliatifs

Il s'agit notamment des possibilités offertes aux malades de désigner une « personne de confiance » et d'émettre des « directives anticipées », introduites par la loi du 22 avril 2005 sur les droits des malades et la fin de vie. Les professionnels de santé doivent être préparés à transmettre ces informations de façon adaptée à cette situation particulière.

5.3.2 Le droit à l'information

Renforcer l'information dans la relation de soins

L'information est une condition fondamentale du bon usage du système de soins. Elle est indispensable à l'exercice du droit au consentement libre et éclairé. Les difficultés d'accès à l'information ont une responsabilité particulière dans la formation des inégalités de santé.

L'objectif consiste à réduire l'asymétrie d'information entre les usagers du système de santé et ceux qui produisent des biens et des services de santé au sein de ce système, ce qui peut nécessiter à la fois d'agir sur la pédagogie de celui qui émet et de renforcer les compétences de l'usager qui reçoit le message. Il conviendra donc d'informer et accompagner les professionnels pour que l'information soit présentée de manière adaptée aux publics et aux situations.

Il conviendra en particulier d'améliorer la visibilité du droit à l'information dans la pratique libérale, dans les centres de soins et dans les réseaux de santé thématiques ou territoriaux, le secteur ambulatoire ne bénéficiant pas à ce jour d'un document analogue à la charte de la personne hospitalisée.

Respecter le droit d'accès au dossier, en ville comme en établissements

Les modalités d'exercice de ce droit sont généralement organisées au sein des établissements de santé et de façon inégale dans le champ médico-social.

L'ARS devra contribuer à faire respecter ce droit auprès des structures de santé en ville (centre de santé, réseaux de santé) ainsi qu'après des professionnels libéraux, isolés ou dans le cadre des maisons de santé pluridisciplinaires.

5.3.3 Le droit à la non-discrimination

Lutter contre les refus de soins discriminatoires

Il s'agit bien d'une question prioritaire, compte tenu des diverses enquêtes objectivant l'importance de ces refus explicites ou implicites et leur persistance au fil des ans (cf. rapport de la CNS de septembre 2010).

La question débouche potentiellement sur différents objectifs et plus particulièrement sur trois :

- Objectiver les refus de soins

  Mesurer en lien avec les organismes d'assurance maladie et les conseils ordinaux professionnels mais également avec les organismes sociaux, le nombre et les types de recours formulés pour refus de soins.

  N.B. Au-delà des refus de soins, identifier la part des usagers qui retardent leurs soins pour des questions financières ou y renoncent, et en mesurer les conséquences.

- Favoriser l'expression des recours, via les associations d'usagers

- Sensibiliser les professionnels de santé et les usagers au bon usage du dispositif de soins

  La Conférence nationale de Santé, dans son rapport de 2010, recommande l'élaboration et la diffusion dans chaque région d'une « charte des droits et obligations des professionnels de santé et des patients bénéficiaires de la CMU-C ». Cette charte pourrait être élaborée sous l'égide de l'ARS, en lien avec les organismes de Sécurité sociale et les conseils ordinaux.

  Les travaux antérieurs de la CRS Paca en vue d'élaborer une telle charte pourraient être mis à profit pour aller vers cet objectif.

Renforcer l'information sur les droits des usagers en matière d'accès aux soins

L'information reste trop souvent lacunaire en direction de la population générale. C'est pourquoi il est important de :

- sensibiliser, informer et former les équipes soignantes et les services administratifs des établissements de santé ainsi que la médecine de ville dans son ensemble, aux droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé) ;
- rendre effectif l'affichage et/ou la remise systématique aux usagers du système de santé d'une information sur les droits d'accès aux soins et à la prévention, notamment sur le coût et le niveau de remboursement par l'Assurance maladie des actes médicaux avant qu'ils n'aient lieu;
- faire en sorte que les patients et les personnes accompagnées par le dispositif médico-social disposent d'interlocuteurs à même de les renseigner et conseiller (exemple : fonction de conciliateur dans les caisses primaires d'assurance maladie).

Mettre en place dans les établissements des dispositifs permettant l'accès aux soins des populations vulnérables

Optimiser le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sur la base des recommandations de la DGOS et des résultats de l'enquête régionale menée en 2008 – 2009 et communiquer davantage sur le dispositif, voire envisager d'autres modalités, complémentaires pour accompagner les personnes handicapées ou en difficulté sociale dans le système de soins.

5.4 Faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers

Conforter la place des représentants d'usagers dans les établissements pour rendre effectif le respect des droits des usagers

Promouvoir la représentation des usagers dans les établissements de santé suppose des actions pour favoriser concrètement cette représentation, telles que :

- Fournir des informations précises sur l'application des textes concernant le versement d'indemnités de congé de représentation et les remboursements de frais de déplacement.
- S'assurer que les conditions matérielles nécessaires à une bonne représentation des usagers sont réunies

- Ou encore réaliser un annuaire des représentants des usagers pour leur donner plus de visibilité

Conforter le rôle des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux dans l'objectif d'améliorer leur capacité de représentation des usagers.

Promouvoir la participation des associations agréées et des associations de bénévoles dans les établissements sanitaires (conformément à la législation : article L1112-5 du CSP)

Il s'agit d'un objectif important pour faire évoluer, en nombre et en qualité, la participation des usagers à la vie des services et des établissements, privés ou publics. Ces associations peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans un établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales.

5.5 Favoriser le droit des usagers à des soins et une prise en charge médico-sociale de qualité

C'est un droit fondamental de l'usager du système de santé que de recevoir des soins de qualité, dans des conditions de sécurité garanties par des organisations et vérifications adaptées.

Associer les usagers aux actions en faveur de la qualité des soins et de l'autonomie

La qualité perçue par l'usager est un aspect important de toute politique d'amélioration de la qualité et associer les usagers aux actions en faveur de la qualité des soins et de l'autonomie ne peut être que profitable à tous.

L'ARS Paca s'est investie dans ce domaine de la qualité et de la sécurité des soins en mettant en place un département de la performance et de la qualité du système de santé. Des échanges seront à construire avec la commission spécialisée, notamment sur prévention et la gestion de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Ces actions de l'ARS sont complémentaires avec l'exploitation des rapports des CRUQPC (Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de laPrise en Charge) et des Conseils de la vie sociale (CVS).

Sur ce point des CRUQPS et des CVS, leur bon fonctionnement est important pour l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé. L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations est potentiellement important pour identifier, hiérarchiser et traiter les dysfonctionnements. Au vu des expériences passées, il parait nécessaire que l'ARS s'assure de la participation effective des représentants des usagers et fournisse aux établissements des indications pour la rédaction d'un rapport annuel exploitable.

Mise en place par l'ARS Paca d'une médiation santé, en complément et en articulation avec les circuits existants

L'écoute des usagers se doit d'être attentionnée. L'ARS, particulièrement et directement concernée par cet aspect des droits des usagers a organisé une cellule centralisée chargée de l'organisation des inspections et contrôles, et qui traite actuellement les plaintes.

La mise en place d'une médiation au service des usagers du système de santé, pourra compléter le dispositif.

6. Organiser le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé

6.1 Les enjeux

La loi HPST et le décret d'application de mai 2010 définissent le cadre légal de l'évaluation du PRS en introduisant notamment l'obligation de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé. Les enjeux et finalités de cette évaluation sont cependant multiples. Ainsi, il existe une **dimension démocratique** à l'évaluation dont l'objet est la transparence permettant de rendre compte et d'instaurer le débat. Parallèlement l'évaluation doit poursuivre un objectif d'aide à la décision, **dimension managériale** de la mise en œuvre de la politique de santé de l'ARS en fournissant l'information nécessaire à l'adaptation et à la réorientation de la stratégie. Enfin il s'agit d'une démarche d'apprentissage participative et concertée, **dimension mobilisatrice** de l'ensemble des acteurs.

De ce point de vue, si l'exercice de suivi est de la responsabilité propre de l'ARS afin de permettre à celle-ci de rendre compte régulièrement de son action, l'évaluation est un exercice qui nécessite une mise à distance et la construction d'un collectif de travail pluraliste et indépendant (instance d'évaluation).

Pour rendre totalement raison de cette exigence de distanciation, outre l'instauration d'une instance d'évaluation ad hoc (cf. supra), il apparaît important que l'évaluation du PRS soit réalisée par un prestataire externe choisi après appel d'offres.

6.2 Le cadre

Le PRS comprend un plan stratégique, des schémas sectoriels ainsi que l'ensemble des programmes. Par ailleurs il s'articule avec d'autres politiques. Ainsi, l'évaluation du PRS doit porter un jugement sur la mise en œuvre de l'ensemble des composantes du plan mais également sur leur articulation et sur l'articulation avec les autres politiques. De même, l'évaluation doit tenir compte du suivi et des résultats du CPOM Etat/ARS.

Par ailleurs, d'un point de vue méthodologique, il est communément admis une distinction entre les **procédures de suivi**, qui permettent de dresser un bilan régulier des réalisations au regard d'indicateurs de moyens et de résultats, des **procédures d'évaluation** proprement dites, qui sont des processus de questionnement et d'analyse plus approfondis, qui permettent de comprendre, outre les moyens et les réalisations, les résultats et les impacts des politiques.

Ainsi, l'évaluation du PRS se décline à un double niveau :
- **le suivi** de la mise en œuvre et de la réalisation des schémas et programmes sur la base d'indicateurs de santé publique et d'indicateurs de moyens, issus du CPOM et des schémas.

- **l'évaluation globale** de la politique mise en œuvre à travers une évaluation intermédiaire (2013) et au terme du plan (2016) dont les axes et le questionnement doivent être définis sur la base d'un cahier des charges conçu en amont et en parallèle de la mise en œuvre du plan.

6.3 Les principes et objectifs de l'évaluation

De manière générale il s'agit d'évaluer la capacité du PRS à être un outil performant de mise en œuvre de la politique de santé de la région. Politique dont les axes forts sont l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, la promotion de l'égalité devant la santé et le développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Plus spécifiquement, l'évaluation peut se décliner autour de 6 grandes questions :

1/ La question de la **pertinence** du PRS au regard des besoins de santé des habitants de la région ?

- Le diagnostic sur les besoins de santé a-t-il été effectué selon des méthodologies reconnues et concertées ?
- Le choix des priorités est il pertinent au regard du diagnostic régional ?
- La définition des territoires est elle pertinente au regard des objectifs poursuivis ?

2/ La question de la **cohérence**

Il s'agit de questionner à la fois la cohérence interne du PRS et sa cohérence externe.

Cohérence interne :

- Les objectifs spécifiques et actions définis dans les schémas sont ils cohérents face aux objectifs généraux et aux grands axes de la politique de santé ?
- Les moyens prévus sont ils en adéquation avec les objectifs ?

Cohérence externe :

- Les priorités et objectifs du PRS sont ils cohérents avec les autres politiques publiques (notamment les politiques de l'Etat et celles des collectivités locales) ?

3/ Les objectifs spécifiques ont-ils été atteints ? Analyse du tableau de bord de suivi de l'activité (**efficacité**).

4/ Les actions mises en œuvre sont elles efficientes ? Il ne s'agit pas de l'efficience du système de santé, priorité transversale du PRS mais de l'évaluation de **l'efficience** des objectifs et des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas et des programmes, en analysant les résultats au regard des ressources engagées.

5/ Quels sont les **effets (impacts) sanitaires et sociaux** induits par la mise en œuvre du PRS ? (choix ciblés sur certains indicateurs : ex : amélioration de l'espérance de vie en bonne santé…).

6/ Quelles sont **les conditions de mise en œuvre** du PRS ? Analyse des contraintes et des facilitants (implantation).

Toute démarche d'évaluation ne peut raisonnablement répondre à toutes ces questions, du moins y répondre à toutes simultanément. Aussi, outre l'exercice de suivi annuel qui permet de dresser des bilans réguliers sur les moyens et les réalisations, ce questionnement approfondi doit être construit parallèlement à la mise en œuvre du PRS afin d'être en capacité d'intervenir non seulement au terme du plan mais également à mi parcours. :

- **L'évaluation intermédiaire**, intervenant à mi-parcours (2013), doit être centrée principalement sur les questions de pertinence, de cohérence et les toutes premières réalisations. Cette évaluation intermédiaire doit pouvoir être engagée suffisamment tôt pour décider de réorientations stratégiques ou opérationnelles.
- **L'évaluation finale** (2016), qui outre ces questions, pourra aborder plus aisément les questions de résultats et d'impacts.

6.4 Le pilotage et l'organisation de la mise en œuvre de l'évaluation

6.4.1 Organisation du dispositif d'évaluation – Composition et rôle des organes d'évaluation et de suivi

La gouvernance de l'évaluation peut se décliner comme suit :

Directeur Général de l'Agence

- Conduit la mise en œuvre de l'évaluation et du suivi
- Définit le mandat et la composition de l'Instance de concertation
- Valide le cahier des charges de l'évaluation et le tableau de bord des indicateurs de suivi
- Porte les résultats du suivi et de l'évaluation à la connaissance des instances et des partenaires externes
- Définit les réorientations éventuelles

Instance de concertation

- Est composée à parité de membres de l'agence et d'acteurs externes : membres des différents collèges de la CRSA (démarche participative)

- Donne un avis sur les orientations de l'évaluation (appropriation de la démarche et du référentiel d'évaluation), sur les résultats et sur les recommandations.

Pilotage opérationnel de l'évaluation et du suivi

- Est assuré par : un référent PRS (dept stratégie & prospective), un référent étude et évaluation (dept études), un référent CPOM (contrôle de gestion)

- Animent le Groupe de suivi
- Mettent en œuvre les décisions des Instances de pilotages de l'évaluation (Directeur Général et Instance de Concertation)

Pour le suivi :
- Elaborent et diffusent, après validation du directeur, les outils communs de suivi (méthodologie et tableaux de bord) auprès des référents.
- Centralisent la remontée annuelle des informations du suivi.
- Produisent annuellement une analyse et une synthèse des résultats, comprenant éventuellement des propositions de réorientations définis avec les référents concernés.

Pour l'évaluation :
- Définissent en collaboration avec le groupe de suivi et proposent au directeur général et à l'instance de concertation le référentiel d'évaluation du PRS, c'est à dire l'ensemble des critères et indicateurs qui permettront de produire un jugement sur la performance de l'outil « PRS ».
- précisent les données qui leur paraissent nécessaires à un suivi et une évaluation rigoureux du PRS.
- Elaborent et proposent un cahier des charges pour le choix d'un prestataire externe.
- Assurent le suivi des travaux des prestataires externes.

Groupe de suivi

- Animé par les référents PRS, Etudes et CPOM
- Composé des référents des schémas sectoriels, thèmes et programmes transversaux, GDR, efficience.

- Travaillent à l'élaboration des indicateurs en temps qu'expert sur leur thématique et à la cohérence générale du tableau de bord.
- S'assurent de l'existence des sources de données.
- Sont responsables de la remontée annuelle des données de suivi pour l'alimentation du tableau de bord.
- Donnent un avis sur les outils mis en place pour le suivi et sur le cahier des charges de l'évaluation.

6.4.2 Calendrier de l'évaluation

De façon générale :

Le suivi des schémas et programmes est ***annuel*** *tandis que* ***l'évaluation*** *s'inscrit dans une dimension* ***pluri annuelle****.*
Le suivi s'organise en complète cohérence avec le suivi du CPOM, sur la base d'un tableau de bord intégrant les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des schémas, des programmes et du CPOM Etat/ ARS.

1ere phase 2011 : la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation
- Constitution du comité de suivi,
- Diffusion large en interne du schéma directeur de l'évaluation et de la procédure d'organisation du suivi et de l'évaluation,

Suivi :
- Elaboration et diffusion des outils nécessaires à la mise en place du tableau de bord du suivi du CPOM et des schémas
- Première centralisation des données de suivi, analyse et rapport, adaptations de la procédure pour les années suivantes

Evaluation :
- Installation de l'instance de pilotage de l'évaluation.
- Définition et validation des orientations de l'évaluation.

2e phase, 2012 - 2016 : Mise en routine du suivi et poursuite de l'évaluation
Suivi :
- Centralisation annuelle des données de suivi (alimentation du tableau de bord), analyse et rapport.

Evaluation :
- 2012, lancement de l'évaluation intermédiaire (élaboration d'un cahier des charges, choix et suivi du prestataire)
- 2013, réalisation de l'évaluation intermédiaire,
- 2016, réalisation de l'évaluation finale.

6.4.3 Coûts de l'évaluation

Le suivi est réalisé en interne.

Le principe d'une évaluation externe a été acté. Son coût dépendra fortement de la qualité du suivi mis en place en interne et de la manière dont sont ciblées les questions évaluatives dans le cahier des charges. Les coûts de l'évaluation externe peuvent être largement réduits si l'on exclue le travail de récolte et de mise en forme des données de suivi et si le travail du prestataire se concentre sur la partie qualitative et l'analyse de questions préalablement bien définies. Par ailleurs, il est à noter que le coût de l'évaluation du PRS représente un engagement financier qui sera supporté par 5 exercices budgétaires.

Annexe 1 : Situation démographique, tendances évolutives

Démographie de la Région Paca

En 45 ans, la région Paca a gagné plus de deux millions d'habitants

La région Paca est celle qui a eu le plus fort taux de progression depuis 1962 : 73 %, soit plus du double de la France (33 %). Tous les départements de la région n'ont pas progressé au même rythme. Le Var se distingue à la fois par une forte croissance - sa population a plus que doublé depuis 1962 – et une régularité dans cette croissance. Le Vaucluse, les Alpes-Maritimes et les Alpes-de-Haute-Provence ont vu leur population augmenter au même rythme qu'en moyenne régionale. Les Hautes-Alpes et les Bouches-du-Rhône ont progressé moins rapidement.

Toutefois, sur la période 1999 – 2007, dans un contexte d'accélération de la croissance démographique, les plus fortes accélérations sont observées pour les Alpes-de-Haute-Provence (1,4 % par an entre 1990 et 2007 après 0,7 % entre 1990 et 1999).

Depuis 1962, Paca n'a pas connu d'exode rural. Ceci distingue la région de quasiment toutes les autres régions de France. Entre 1975 et 1999, dans la région comme en France, la population des villes-centres a stagné - voire diminué - alors que celle des banlieues et surtout du périurbain ont fortement augmenté. Depuis 1999, les villes- centres progressent de nouveau, et de manière plus accentuée en Paca (+ 0,7 % par an contre + 0,3 % en France). C'est par exemple le cas de Marseille, Toulon ou Avignon qui perdaient des habitants dans les années 90. Au final, les poids respectifs des espaces urbains et ruraux sont restés constants depuis 1962 (respectivement 90 % et 10 %) dans la région Paca.

Forte croissance de la population régionale au cours des dix dernières années

Au 1er janvier 2009, Provence-Alpes-Côte d'Azur compte 4 940 000 habitants. Sa population a progressé nettement plus vite que la tendance nationale depuis 1999. Au cours de la décennie passée, la région a ainsi gagné près de 45 000 habitants par an. Cela correspond à un rythme annuel de croissance de 0,9 %, qui situe Provence-Alpes-Côte d'Azur nettement au-dessus de la tendance nationale (+ 0,7 % par an en France métropolitaine). Sur la période allant du 1er janvier 1999 au 1er janvier 2009, la croissance de la population régionale a été alimentée en grande partie par les migrations. L'excédent des naissances sur les décès totalise 108 000 personnes.

Sur les 963 communes de Paca, seules 112 perdent des habitants entre 1999 et 2006, soit 12 % des communes de la région, contre 25 % en France métropolitaine. Plusieurs zones de la région profitent particulièrement de cette croissance : le littoral se densifie, notamment entre les centres des agglomérations. De plus en plus d'habitants s'installent dans les arrières- pays (notamment varois et niçois). L'influence des agglomérations de Marseille - Aix-en-Provence et d'Avignon s'étend. On constate enfin une densification de la population le long des autoroutes : sillon rhodanien (A7, d'Avignon à Orange), Val de Durance (A51, de Manosque à Sisteron), arrière pays varois (A8, entre Brignoles et Fréjus).
Bien que demeurant l'espace qui croît le plus fortement (+ 1,6 % par an), le périurbain est en très nette décélération depuis 1999 (+ 2,5 % par an entre 1982 et 1999).

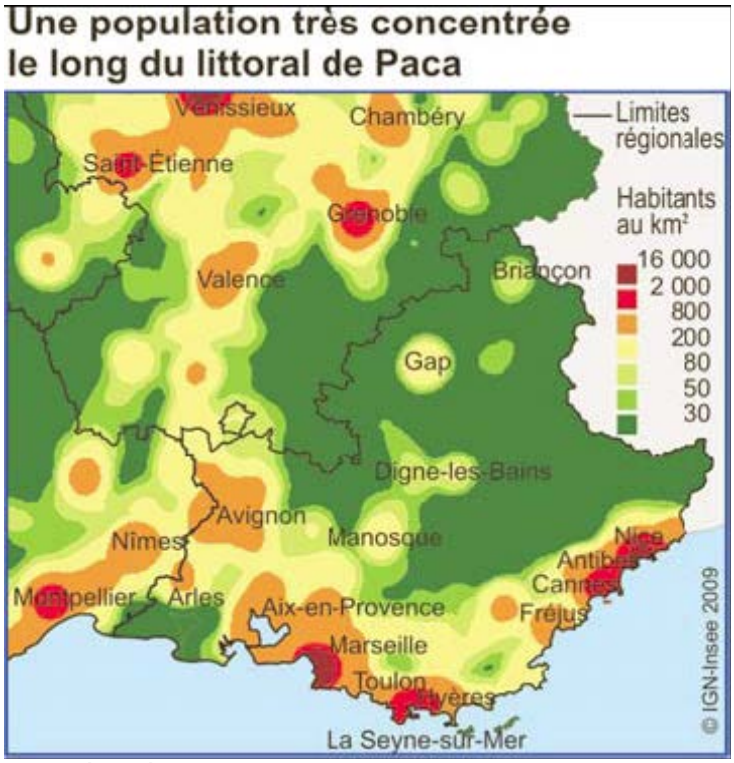
L'espace rural a vu son dynamisme renforcé depuis 1999 en Paca, au moment où, au niveau national, il renouait avec la croissance. Ce dynamisme est entièrement dû à un excédent des arrivées sur les départs. Les territoires ruraux, peu peuplés, n'expliquent cependant que 14 % de la croissance régionale.

En 2009, l'excédent naturel est resté élevé bien que de moindre ampleur qu'en 2008. Ce mouvement s'expliquerait par l'effet conjugué de la diminution des naissances et de la hausse des décès en 2009. Dans la région, la diminution du nombre de naissances est concentrée dans trois départements : les Alpes-de-Haute-Provence (80 naissances de moins), le Var (- 410) et les Alpes-Maritimes (- 450). Les Bouches-du-Rhône affichent une progression de 0,8 % (+ 210 naissances).

91 % de la population vit dans l'espace urbain

En Paca, 91 % de la population réside dans un espace urbain. C'est beaucoup plus qu'en France métropolitaine. Seuls l'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace sont dans une situation comparable. À l'intérieur de la région, les disparités sont très fortes : 98 % de la population des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône habitent dans l'espace urbain contre 41 % dans les Alpes-de-Haute Provence et 50 % dans les Hautes-Alpes.

Au cœur de l'espace urbain se trouvent les villes-centres : ce sont les zones les plus denses avec en moyenne 800 habitants au km². Paca compte 24 villes-centres, parmi lesquelles se trouvent de très grandes villes comme Marseille, Nice, Toulon. Elles abritent à elles seules 41 % de la population régionale contre 28 % au niveau national. Autour, les banlieues présentent une continuité de bâti avec les villes-centres. 39 % des habitants de Paca y résident.



Densité lissée de la population en 2007

A l'opposé, sur les 963 communes de Paca, 807 ont moins de 5 000 habitants et n'hébergent que 18 % de la population régionale. Les Hautes-Alpes et les Alpes-de- Haute-Provence font partie des 15 départements les plus ruraux de France.

Un habitant sur trois a moins de 30 ans

En 2006, la région compte près de 1 700 000 habitants de moins de 30 ans, soit 35 % de la population régionale. Cette part est inférieure à la moyenne nationale (37 %), car la région compte une proportion plus élevée de personnes âgées de 60 ans ou plus (25 % contre 21 % en France métropolitaine). En 2006, Provence- Alpes-Côte d'Azur se situe au 15e rang des régions métropolitaines pour la part des jeunes dans la population : elle a gagné quatre places depuis 1999. Provence-Alpes- Côte d'Azur ne figure pas parmi les plus attractives pour les 18-24 ans (16e rang), mais elle parvient à conserver l'essentiel de ses jeunes.

La région ne souffre d'ailleurs pas d'un déficit de jeunes dans sa population active : la part des 15 à 29 ans parmi la population en âge de travailler est comparable à la moyenne nationale (31 %).

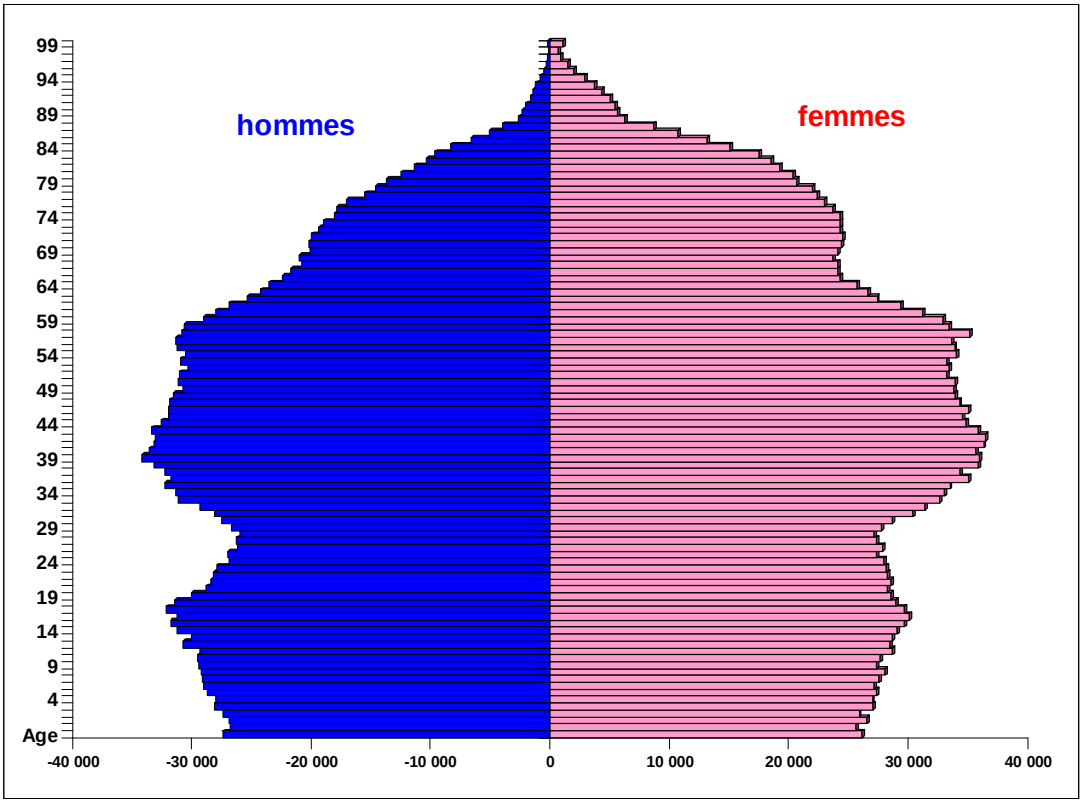
Le département des Bouches-du-Rhône est le plus jeune de la région avec 19,5 % de 15 à 29 ans. Dans le Var et les Alpes-Maritimes, la proportion de jeunes est intermédiaire et s'explique davantage par un nombre important de personnes âgées. À l'opposé, dans les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes- Alpes, la part de jeunes est particulièrement faible (environ 15 %), y compris au sein de la population en âge de travailler.

Seuls 20 % des jeunes de 16 à 29 ans poursuivent leurs études, ce qui place Provence-Alpes-Côte d'Azur au 7e rang, loin derrière l'Île-de-France (25 %). Les jeunes, étudiants ou débutant leur vie active, se concentrent dans les pôles urbains. Les jeunes sont toujours plus diplômés que leurs aînés : 40 % des 25 à 29 ans sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur, contre 35 % des 30 à 39 ans. Ce taux est cependant inférieur à la moyenne nationale (43 %).
Comme au niveau national, les jeunes femmes sont plus souvent diplômées de l'enseignement supérieur que les jeunes hommes. Cependant, entre 25 et 29 ans, leur taux d'activité reste inférieur (83 % contre 91 % des hommes). Avoir un enfant réduit plus fortement l'activité des femmes les plus jeunes et les moins diplômées. L'influence des enfants sur l'activité des femmes s'observe quel que soit le niveau d'étude. Il se réduit cependant à mesure que le niveau de diplôme s'élève.

Une proportion de personnes âgées plus importante qu'en moyenne nationale

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 19 % de la population totale en 2004, trois points de plus que la moyenne nationale. Le département des Alpes Maritimes est le plus âgé de la région avec, en 2006, 123 personnes âgées de 60 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (104 en PACA). Le département du Var est le deuxième département le plus âgé de la région, avec 10,5% de 75 ans ou plus en 2006 (9,7% en PACA). A l'inverse, les Bouches du Rhône et le Vaucluse sont des départements plus « jeunes ». Toutefois, les apports migratoires, qui sont en grande partie responsables de la croissance démographique, freinent le vieillissement de la population car la part des jeunes migrants y est importante. PACA ne devrait plus figurer dans les régions les plus âgées en 2030.

Pyramide des âges de la région PACA en 2007



Source : Insee recensement de la population 2007

En outre, les premières générations nombreuses nées après la guerre ont atteint l'âge de 60 ans en 2005. Cette année-là a marqué le début d'une période de forte croissance du nombre de départs en retraite. Provence-Alpes-Côte d'Azur, dont l'emploi compte une proportion importante de seniors (personnes âgées de 50 à 64 ans), figure parmi les régions qui seront les plus massivement concernées par ce phénomène : un actif sur trois partira à la retraite d'ici 2020.

L'emploi et le logement

Huit emplois sur dix se situent dans le secteur tertiaire. Provence- Alpes - Côte d'Azur est ainsi la seule région de France continentale à rivaliser avec l'Île-de-France pour la part très élevée des emplois dans les services. L'importance traditionnelle du commerce, des transports et surtout du tourisme sont les facteurs anciens de l'extension du tertiaire dans la région, auxquels s'ajoute, plus récemment, le développement des services aux entreprises. Le dynamisme démographique explique en grande partie le rythme de création d'emplois plus soutenu qu'en moyenne métropolitaine (2 %par an entre 1999 et 2004, contre 0,9).

L'industrie, même si elle est moins présente que dans d'autres régions, notamment Rhône-Alpes, demeure importante, en particulier dans l'ouest de la région. C'est encore dans l'ouest de la région, du Comtat aux plaines de la Crau, que se dégage la plus forte partie du potentiel agricole. Mais il est également important sur le littoral et le long de la vallée de la Durance.

Les conditions d'emploi sont plus difficiles pour les jeunes actifs que pour leurs aînés. Les jeunes actifs sont plus souvent ouvriers ou employés que leurs aînés. Parmi les 25-29 ans ayant terminé leurs études, 51 % sont ouvriers ou employés, contre 46 % des 30-34 ans.

Du fait même de la densité démographique, les conditions de logement en PACA sont moins favorables qu'en moyenne nationale : les habitants de PACA sont moins souvent propriétaires de leur résidence principale, habitent moins souvent une maison individuelle et le nombre de pièces par logement (3,5) est inférieur à celui de la moyenne des ménages français (4). Toutefois, ces considérations valent seulement pour les aires urbaines.

Le logement des ménages :

	Région		France métropolitaine
	1999	2007	2007
Part des ménages (%) :			
propriétaires de leur logement :	51,9	54,3	57,7
Nombre moyen de :			
Pièces par logement	3,5	3,6	4,0
Personnes par ménage :	2,32	2,24	2,29
Part des ménages comptant : (%)			
1 personne seule :	32,5	34,1	33,3
2 personnes :	32,1	33,4	32,9
3 ou 4 personnes :	28,8	26,8	27,3
5 personnes ou plus :	6,6	5,7	6,5

Sources : Insee (RP99 et RP2007

Les tableaux ci-après décrivent les prévisions d'évolution de la population Paca par département, par sexe et par tranches d'âge, en milliers d'individus.

Alpes-Hte-Prv	2007	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2020
Hommes								
75 ans et plus	6	7	7	8	8	8	8	9
60 à 74 ans	12	13	13	14	14	14	14	15
18 à 59 ans	40	41	41	41	41	42	42	42
moins de 18 ans	17	18	18	18	18	18	18	18
Total	76	79	79	80	81	82	82	85
Femmes								
75 ans et plus	10	11	12	12	12	13	13	15
60 à 74 ans	13	14	15	15	15	15	16	17
18 à 59 ans	41	42	42	42	43	43	43	44
moins de 18 ans	16	16	16	16	17	17	17	17
Total	80	84	85	86	87	87	89	92

Hautes-Alpes	2007	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2020
Hommes								
75 ans et plus	5	6	6	6	6	7	7	8
60 à 74 ans	10	10	10	10	11	11	11	12
18 à 59 ans	36	36	36	36	36	37	37	37
moins de 18 ans	15	15	15	15	15	15	15	15
Total	65	67	67	68	68	69	69	71
Femmes								
75 ans et plus	8	9	9	10	10	10	11	12
60 à 74 ans	10	11	11	11	12	12	12	13
18 à 59 ans	35	36	36	36	36	36	36	36
moins de 18 ans	14	14	14	14	14	14	14	15
Total	68	70	71	71	72	72	73	75

Alpes-Maritimes	2007	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2020
Hommes								
75 ans et plus	45	49	50	51	52	53	54	57
60 à 74 ans	77	80	81	81	82	83	83	86
18 à 59 ans	278	279	279	279	279	279	279	278
moins de 18 ans	110	110	110	110	110	110	110	109
Total	510	517	519	521	522	524	525	531
Femmes								
75 ans et plus	78	85	86	88	90	92	93	100
60 à 74 ans	92	95	96	97	98	98	99	102
18 à 59 ans	297	298	298	298	298	298	298	297
moins de 18 ans	104	104	104	104	104	104	104	104
Total	572	582	585	587	590	592	595	603

Bches-Rhône	2007	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2020
Hommes								
75 ans et plus	61	67	69	70	72	73	75	81
60 à 74 ans	123	127	128	130	131	132	133	137
18 à 59 ans	532	535	536	536	537	537	538	538
moins de 18 ans	218	219	220	220	220	220	220	220
Total	934	949	953	956	959	962	965	977
Femmes								
75 ans et plus	106	117	120	122	125	128	130	141
60 à 74 ans	141	146	148	149	150	152	153	158
18 à 59 ans	569	573	574	574	575	575	576	577
moins de 18 ans	208	209	209	209	209	209	210	210
Total	1 025	1 045	1 050	1 055	1 059	1 064	1 069	1 085

VAR	2007	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2020
Hommes								
75 ans et plus	41	46	47	49	50	51	53	58
60 à 74 ans	79	83	84	85	86	88	89	93
18 à 59 ans	255	259	260	261	262	263	263	265
moins de 18 ans	103	105	105	105	106	106	106	107
Total	478	493	497	500	504	508	511	523
Femmes								
75 ans et plus	65	73	76	78	80	82	84	93
60 à 74 ans	89	94	95	96	97	98	99	104
18 à 59 ans	265	269	270	271	272	273	273	276
moins de 18 ans	99	100	101	101	101	101	102	102
Total	518	537	541	545	550	554	558	575

Vaucluse	2007	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2020
Hommes								
75 ans et plus	18	20	21	22	22	23	23	26
60 à 74 ans	37	38	39	39	40	40	41	43
18 à 59 ans	142	144	144	144	145	145	145	146
moins de 18 ans	62	63	63	64	64	64	64	65
Total	259	266	268	269	271	272	273	279
Femmes								
75 ans et plus	30	33	34	35	36	37	38	42
60 à 74 ans	41	43	44	44	45	45	46	48
18 à 59 ans	149	151	151	151	152	152	152	153
moins de 18 ans	59	60	60	60	60	61	61	61
Total	279	287	289	291	293	295	297	304
	538	553	557	560	564	567	570	583

PACA	2007	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2020
Hommes								
75 ans et plus	177	196	200	205	210	215	220	239
60 à 74 ans	337	352	356	360	363	367	371	385
18 à 59 ans	1 283	1 294	1 296	1 298	1 300	1 301	1 303	1 307
moins de 18 ans	526	530	531	531	532	533	533	534
Total	2 322	2 371	2 383	2 394	2 405	2 416	2 426	2 466
Femmes								
75 ans et plus	298	329	337	345	353	361	369	402
60 à 74 ans	387	404	408	412	416	421	425	441
18 à 59 ans	1 357	1 369	1 371	1 373	1 375	1 377	1 378	1 383
moins de 18 ans	500	504	505	506	506	507	507	508
Total	2 542	2 606	2 621	2 636	2 651	2 665	2 680	2 734

Annexe 2 : Rapport sur les états de santé et inégalités de santé en région Paca

Document préparatoire

Site internet ARS PACA

Références supplémentaires utilisées dans la partie 1 (contexte régional) :

- Attal-Toubert K., Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Drees. Etudes et Résultats n°679.8 p.
- Davin B. (2010). Journée régionale de l'URIOPSS PACAC. « Les établissements et services pour personnes âgées au cœur des réformes : un nouvel élan ? Les enjeux démographiques régionaux ». 27 mai 2010.
- de Plazaola, J.P. (2010). Ralentissement démographique et vieillissement à l'horizon 2040. Insee Etudes Paca. ANALYSE n°1. 4 p.
- Comptes nationaux de la santé, édition 2009, 141 p
- CRIPS PACA, repères épidémiologiques de l'infection VIH –SIDA (actualité site internet)

Annexe 3 – Etat des lieux de l’offre de santé en région PACA

Document préparatoire

Site internet ARS PACA

Annexe 4 : Bilan synthétique des territoires du SROS 3

Le découpage territorial adopté en 2005, avec 25 territoires de proximité regroupés en 9 territoires de recours, a fait l'objet d'une appropriation réelle par la plupart des acteurs.

Ces deux niveaux ont été utilisés tant pour l'offre sanitaire, que la prévention et la programmation médico-sociale régionale, malgré la coexistence de découpages départementaux utilisés par les Conseils Généraux.

Conférences sanitaires de territoires :

Cette définition des territoires de santé a permis d'insuffler une nouvelle énergie aux conférences sanitaires, avec l'implication personnelle de la majorité des directeurs d'hôpitaux, secrétaires des conférences, et la participation active de certains élus, notamment dans les Alpes Nord, les Alpes-Maritimes Est et Ouest, le Var Est et les Bouches du Rhône Sud.

Projets médicaux de territoire

Dans le cadre des crédits FMSPP 2007, les conférences de territoires Alpes Nord, Alpes Maritimes Est, Bouches du Rhône Sud, Vaucluse – Camargue ont conduit en 2008 et 2009, une démarche, plus ou moins aboutie, d'élaboration d'un projet médical de territoire.
Ces démarches ont ouvert la voie à de futures coopérations territoriales entre établissements, quelle qu'en soit la forme juridique à venir (communautés hospitalières de territoires, GCS, GCSMS, etc.).

La volonté de dynamique de projets et de synergie des différentes politiques publiques au sein des territoires, à l'origine de la conception des territoires de santé, a cependant été entravée par l'absence de ressources humaines réellement dévolues à l'animation de ces territoires.

Deux exceptions, cependant : le projet de santé du Briançonnais et, en 2009, le projet pilote « Territoires de santé : préfiguration du contrat local de santé avec la ville de Marseille » déclinant de manière privilégiée en mode ARS les thématiques : « santé mentale et psychique, santé et habitat ».

Coopérations et dynamiques observées

Au-delà des conférences et des projets médicaux de territoire, quels effets ont pu être observés sur les coopérations d'acteurs sanitaires au sein d'un même territoire ? Il s'agit là d'un point de vue plus institutionnel.

Schématiquement, les Alpes Nord, les Alpes-Maritimes Est et Ouest, le Var Est et Ouest, les Bouches du Rhône Sud apparaissent comme des territoires ayant fait l'objet d'une bonne appropriation par les acteurs hospitaliers.

Les neuf territoires de niveau 2 avaient vocation à satisfaire l'ensemble des besoins de santé de la population, à l'exception des soins hautement spécialisés accessibles seulement dans des établissements de référence de niveau régional (chirurgie cardiaque, cancérologie lourde…) Les territoires devaient offrir une offre cohérente dont le SROS 3 attendait logiquement une réduction des fuites d'hospitalisation vers les offres de Marseille et Nice principalement. Globalement, les rééquilibrages espérés ne se sont pas produits, même s'il existe des exceptions telles que le développement d'une offre de cardiologie interventionnelle sur le territoire du Var Est. En particulier, le territoire des Alpes Sud pose question dans son dimensionnement, trop faible pour satisfaire aux besoins même courants de sa population. La question se pose à un moindre degré pour le territoire des Bouches du Rhône Nord.

Le territoire de niveau 2 Vaucluse Camargue agrégeant au département du Vaucluse les territoires de proximité d'Arles et du nord du département des Bouches du Rhône a été l'objet d'une moindre appropriation que les autres par les acteurs, tant hospitaliers qu'institutionnels. Ce rattachement était plus éloigné des logiques antérieures que la plupart des autres découpages et l'intervention de deux DDASS différentes sur ce territoire n'a pas contribué à renforcer la dynamique. A un moindre degré,

la proximité de l'aire marseillaise a pu faire obstacle à la création d'une dynamique territoriale Bouches du Rhône Nord. Il en va de même du territoire Alpes Maritimes Ouest en raison de la proximité géographique de l'aire niçoise.

En revanche, l'identification du territoire Var Est a permis de créer une dynamique territoriale positive avec des synergies à la fois entre établissements des aires de Draguignan et de Fréjus (Cf. GCS de Cardiologie interventionnelle) et au sein des bassins de Draguignan d'une part (complémentarités entre l'hôpital et la nouvelle clinique Notre Dame), de Fréjus et Saint-Tropez d'autre part. De même, l'identification du territoire Alpes Nord a-t-elle permis la création du CHCAS Gap- Sisteron.

D'autres projets ont pu être initiés dans le cadre des territoires définis en 2005 mais n'ont pu aboutir malgré tout. Il en va ainsi des rapprochements entre les hôpitaux d'Aix en Provence et de Pertuis, d'Aubagne et de La Ciotat. A noter que plusieurs autres rapprochements ont été initiés pendant le déroulement du SROS 3, tels que les CH Digne et Manoque, ou des établissements du Vaucluse Sud, sur lesquels le découpage territorial adopté était a priori sans influence.

Pour conclure

Enfin, par lettre en date du 25 février 2OO9, le Directeur de l'ARH avait demandé aux conférences de territoires de conduire une réflexion sur le découpage territorial qui leur paraîtrait pertinent pour répondre aux nouveaux défis du projet de loi HPST. Si certaines conférences ont manifesté leur « attachement » au découpage alors en vigueur, (Alpes Nord, Var Est), d'autre comme Vaucluse Camargue se sont prononcées en faveur d'une réaffectation de certaines communes ; mais la plupart étaient réservées dans leurs conclusions, en attente de la publication de la loi. En outre, la composition très « hospitalo-centrée » des conférences sanitaires de territoires n'était pas la mieux adaptée à la conduite de cet exercice.

Quoi qu'il en soit, c'est principalement l'évolution des missions confiées à l'ARS par la loi HPST et la nécessité de trouver une cohérence entre les acteurs institutionnels intervenant dans la prévention, le soin et les prises en charge médico-sociales qui ont conduit cette dernière à proposer des territoires départementaux.

Annexe 5 : Glossaire des abréviations

ACT Méditerranée : Association pour l'amélioration des conditions de travail de la région Provence Alpes Côte d'Azur

ALD : affection de longue durée

AME : Aide médicale Etat

AMP : assistance médicale à la procréation

ANAP : Agence nationale pour l'amélioration de la performance

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASIP : Agence des systèmes d'information en santé

CAMSP : centra d'action médico-sociale précoce

CARSAT : caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPER : Contrat de Projets Etat Région

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRSA : Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CSP : catégorie socioprofessionnelle

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DGOS : Direction générale de l'Offre de Soins

DSP : Direction de la stratégie et de la prospective (de l'ARS PACA)

DPC : développement professionnel continu

DRASS : Direction régionale des Affaires Sanitaires et sociales (intégrée à l'ARS depuis avril 2010)

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le travail

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FIQCS : Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins.

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GDR : Gestion Du Risque

IAL : Indice d'Accidentologie Local

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IRPP : Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques

ISF : Impôt Sur la Fortune

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Herpes-papilloma virus

IVG : interruption volontaire de grossesse

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecin Chirurgie Obstétrique

OMIT : Observatoire du Médicament et des Innovations Thérapeutiques

OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soins

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PASE : Plan d'Action Stratégique de l'Etat

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Projet régional de Santé

PRIAC : Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRSE : plan régional santé environnement

PRST : programme régional santé au travail

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de soins à Domicile

SDIS : service départemental d'intervention et de secours (à vérifier)

SOTS : Schéma d'Organisation de la Transfusion Sanguine

SRP : Schema Régional de Prévention

SROMS : Schéma Régional d'Organisation médico-Social

SROS : Schéma Regional d'Organisation des Soins

SSIAD : Service de Soins Infirmier à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

VHC : virus de l'hépatite C

SCHEMA REGIONAL

DE PREVENTION

Volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

Groupe de travail du VAGUSAN

B. Blay	Représentant des Biologistes de Laboratoires
B. Fraytag	DDPP13
C. Callens	ARS Paca DT84
C. German Labaume	Observatoire communal de santé Martigues
C. Linget	LABM hôpital de Salon
C. Six	CIRE InVS - ARS Paca
Dr Aguir	Médecin Santé scolaire 13
Dr Dreksler	SCHS Nice
Dr E. Lafont	ARS Paca
Dr F. Charlet	ARS Paca
Dr G. Viudes	ORU Paca
Dr H. Lansade	ARS Paca
Dr Hayeck	Centre anti poisons 13
Dr J. Collomb	Conseil Général 13
Dr J. Saos	Conseil général 06
Dr JL Duponchel	ARS Paca
Dr M Corcostegui	Conseil général 06
Dr Micallef	CEIP (pharmaco vigilance)
Dr P. Baraize	SCHS Marseille
Dr P. Grenier-Tisserand	ARS Paca / DT 04
Dr P. Malfait	CIRE InVS - ARS Paca
Dr Pascale Bruno	CHU Nice - Département de santé publique
Dr Puget	Conseiller NRBC (AP-HM)
Dr S. Veyrat	Représentant SZDS - ARS Paca
Dr Salletaz	URML Paca
Dr Taudou	Conseiller technique de rectorat
F. Franke	CIRE InVS - ARS Paca
G. Carrara	LABM 13
J. Durant	infirmière conseillère technique rectorat Aix Marseille
JC Delarozière	ARLIN
Mme Dalbésio	Infirmière de santé scolaire
P. Weicherding	ARS Paca
Pr Brouqui	APHM Marseille - Référent infectiologie
Pr Dellamonica	CHU Nice - Infectiologie
Pr Fournier	AP-HM
Pr Richet	AP-HM
S. Cavalli	SRAL
V. Bourgeois	Chargée de communication ARS

---

* : Sont surlignés les rédacteurs du plan

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION 5

2 ETAT DES LIEUX 7

2.1 Les risques sanitaires en PACA 7

2.1.1 Emergences et réémergences 7
2.1.1.1 Chikungunya, Dengue 7
2.1.1.2 Epidémie de Rougeole dans la région PACA 9
2.1.1.3 Baignades et Ostreopsis ovata 10
2.1.1.4 Infections liées aux soins et BMR 11

2.1.2 Spécificités régionales 12
2.1.2.1 Tuberculose, disparité et multi résistance 12
2.1.2.2 Légionellose 13
2.1.2.3 Pollution atmosphérique urbaine et industrielle 14
2.1.2.4 Risques naturels 15
2.1.2.5 Risques technologiques 15
2.1.2.6 Risques en lien avec la circulation internationale des biens et des personnes 16

2.2 Organisation régionale de la veille et de la réponse aux urgences sanitaires - Dispositifs de surveillance et de lutte 16

2.2.1 Organisation de la veille et de la réponse aux urgences 16
2.2.1.1 Champ d'intervention de l'ARS Paca en matière de veille et de sécurité sanitaire 16
2.2.1.2 Fonctionnement actuel de la plateforme régionale de veille et de gestion sanitaire 17
2.2.1.3 Formations - séminaires 18
2.2.1.4 Continuité des activités de veille et de gestion des alertes sanitaires par la CVAGS 19
2.2.1.5 Protocoles passés avec les préfets de département 20
2.2.2 Outils de gestion et de surveillance 20
2.2.2.1 Système d'information de la plateforme 20
2.2.2.2 Systèmes de surveillance 21
2.2.2.3 Autres outils 24
2.2.3 Outils de gestion et de surveillance en santé environnementale 25
2.2.3.1 Missions de l'ARS en santé environnementale 25
2.2.3.2 Système d'information en santé environnementale 25
2.2.4 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international 26
2.2.5 Gestion des urgences sanitaires et organisation en cas de situations exceptionnelles 26
2.2.5.1 Hors situation exceptionnelle 26
2.2.5.2 En situation exceptionnelle 27

3 OBJECTIFS 29

3.1 Développer le signalement et améliorer sa qualité 29

3.1.1 Fédérer les partenaires 30
3.1.2 Adapter les systèmes de surveillance et en développer de nouveaux 30
3.1.3 Améliorer et simplifier les outils de signalements 31

3.1.4 Améliorer la qualité du signalement en vue d'une meilleure gestion 31

3.2 Développer la communication sur les urgences sanitaires 32

3.2.1 Communication à l'attention des professionnels de santé et institutionnels 32
3.2.2 Communication grand public 33
3.2.3 Communication interne ARS 34

3.3 Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale 34

3.3.1 Principes 34
3.3.2 Evolution de l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire en PACA 36

3.4 Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes 37

3.4.1 Référentiel du traitement des signaux – Cadre conceptuel 37
3.4.1.1 Principe 37
3.4.1.2 Objectif 37
3.4.1.3 Fonctionnement 39
3.4.2 Axe de développements d'outils 40
3.4.2.1 Outils 40
3.4.2.2 Formations 41

3.5 Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires et des situations exceptionnelles 41

3.5.1 Hors situation de crise 41
3.5.2 Préparation et gestion des situations exceptionnelles 42

4 MODALITES D'EVALUATION 44

5 CONCLUSION 44

6 ANNEXES 45

Annexe 1 - Bilan du Pragsus 45
Annexe 2 - Cartes risques naturels et sites d'implantation des établissements SEVESO en région PACA (Source CARTOPAS 2010 – DREAL) 47
Annexe 3 – Plate-forme de veille et d'urgence sanitaires 50
Annexe 4 - Protocoles Préfets – ARS 55
Annexe 5 - Caractéristiques des différents systèmes d'information en santé-environnementale 81
Annexe 6 - Secret médical, signalement des maladies et investigations épidémiologiques 85
Annexe 7 - Définitions retenues pour le cadre conceptuel 86
Annexe 8 - Algorithme du RSI 87

1 Introduction

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit dans le cadre de la planification régionale de la politique de santé un projet régional de santé (PRS) constitué :

- d'un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région
- de Schémas régionaux de mise en œuvre dont le schéma régional de prévention
- de Programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Le schéma régional de prévention (SRP) inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il est construit autour de deux volets :

- un volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN)
- un volet relatif à la prévention et à la promotion de la santé, et à la santé environnementale (PPS).

La thématique santé environnementale est prise en compte dans chacun des deux volets du SRP.

La veille et la sécurité sanitaires constituent des enjeux importants, car elles sont le révélateur et un des meilleurs marqueurs de la qualité de l'offre de santé publique apportée dans une région. Elles sont aussi très fortement attendues par la population.

Cet objectif de qualité et de sécurité sanitaires a pour finalité non seulement de poursuivre l'amélioration de l'état de santé de la population mais aussi de la préserver des menaces et des risques sanitaires qui pèsent sur elle.

L'enjeu, à travers ce document d'orientation et de programmation, est d'améliorer l'efficacité de la veille et de la gestion des urgences sanitaires en PACA, pour anticiper et mieux protéger les personnes qui y résident.

L'objectif du VAGUSAN décliné par l' ARS, est d'améliorer l'efficacité de la veille et des urgences sanitaires, en développant le signalement, en renforçant la qualité de réception et de traitement des signaux sanitaires, en poursuivant sa capacité à agir et réagir, tous les jours de l'année, grâce à :

- une plus grande professionnalisation des personnes en charge de la veille,
- une continuité de la réception et du traitement des signaux dans le temps,
- une capacité d'actions et d'expertise renforcées en cas de crise sanitaires,
- un effort accru dans le domaine de la formation, de l'harmonisation des procédures et des systèmes d'information,
- un appui permanent par la mobilisation des compétences d'évaluation, d'investigation et d'expertises des autorités nationales (ministère de la santé et agences sanitaires, dont l'Institut de veille Sanitaire).

Le contenu du VAGUSAN est fortement encadré, au moins dans sa structuration, par le Guide méthodologique national (Schéma régional de prévention – Guide méthodologique – 4 novembre 2010).
Le contenu des objectifs a fait l'objet d'exposés et d'échanges au cours des quatre réunions du groupe de travail techniques. La rédaction des cinq objectifs prévus dans le guide méthodologique a été assurée par des rédacteurs choisis au sein du département VSS de l'ARS. Afin d'assurer une continuité avec le plan antérieur de veille sanitaire (PRAGSUS), la Cire Sud (grâce à son coordonnateur, le Dr MALFAIT) qui en était le pilote, a été totalement impliquée dans le travail d'élaboration.

Par rapport au plan précédent, le VAGUSAN se place dans un contexte épidémiologique et institutionnel fortement renouvelé. L'introduction de pathologies vectorielles telles que le chikungunya et la dengue, l'apparition de nouvelles souches de germes antibio-résistants (Bacille de Koch, *Acinetobacter*, Entérobactéries…), la survenue d'épidémies liées à des maladies que l'on croyait éradiquées ou en voie de l'être (rougeole, oreillons, …) constituent autant de changement importants.
L'InVS et la DGS ont, d'ailleurs, pris en compte cette donne nouvelle dans le document révisé en mars 2011« La veille et l'alerte sanitaires en France ».

Eminemment transversaux à l'ensemble du PRS et au sein des schémas sectoriels et de leurs programmes, les risques sanitaires sont de deux ordres principaux et sont retenus, pour le VAGUSAN, dans cette acception générale :
- des risques à <u>évolution lente</u> liés à l'environnement (pollution de l'air, des sols et de l'eau**) et aux modes de vie (consommation de tabac et d'alcool, comportements à risques, refus de la vaccination, qualité nutritionnelle, sédentarité…), sources souvent d'inégalités, avec des zones d'expositions cumulées,
- des risques à <u>diffusion rapide</u> (sans compter les menaces terroristes -NRBC-) qui s'amplifient, comme l'apparition de nouveaux agents pathogènes, l'apparition ou la résurgence de maladies infectieuses (grippe A/H1N1 ou SRAS..) ou liés à une couverture vaccinale insuffisante (rougeole) et/ou des situations de précarité (tuberculose,…), l'aggravation des conséquences sanitaires des catastrophes naturelles ou des accidents industriels en lien avec une urbanisation non ou mal maîtrisée.

Le VAGUSAN propose dans les cinq axes formalisés par le guide méthodologique des objectifs et sous objectifs, adaptés à la situation régionale.
Certains objectifs sont partagés avec les autres schémas sectoriels du PRS.

Un développement important des relations avec les partenaires extérieurs sera recherché que ce soit en vue des remontées de signalement, mais aussi pour la diffusion des retours d'information. Parallèlement, l'information et la sensibilisation du public aux risques sanitaires constitueront un objectif important.

Car, si la gestion de la VSS est une affaire de spécialistes, structurés dans un département de VSS dédié, formés et qualifiés au sein d'une filière métiers consacrée à la sécurité sanitaire, son application est transversale (elle concerne toutes les autres directions et délégations départementales de l'ARS, quel que soit son niveau d'intervention zonal, régional ou départemental)) ; mais aussi, tous ses partenaires (autorités préfectorales, professionnels et établissements de santé, médico-social, autres services de l'Etat, assurance maladie, collectivités locales et territoriales, structures associatives, population…).

Cette culture de la prévention et de la gestion du risque qui doit être largement diffusée est bien <u>l'affaire de tous</u>.

***Pour ce qui concerne, les risques environnementaux, l'organisation Mondiale de la Santé estime à environ 15 % les pertes de santé liées à l'environnement dans les pays de l'Europe de l'Ouest.*
La santé environnementale est à la fois une des cinq préoccupations majeurs de santé publique pour lesquelles l'élaboration d'un plan d'actions national (PNSE, décliné dans notre région au sein du PRSE de deuxième génération) est prévu tous les cinq ans dans la loi de santé publique du 9 août 2004. Elle est, aussi, un thème écologique central du Grenelle de l'environnement.
Les actions en santé environnementale s'inscrivent dans une démarche globale de protection de la santé, en suivant trois objectifs principaux :
-mieux connaître les dangers pesant sur l'environnement et la santé humaine, afin de prendre des mesures pour prévenir ou limiter les risques,
-réduire les conséquences des pollutions sur la santé, pour la protéger de façon durable,
- informer, former et sensibiliser (dès le plus jeune âge) sur la qualité des milieux et sur les risques sanitaires liés à leur dégradation.
Quatre axes prioritaires sont portés :
- *la prévention et la gestion des risques pour la santé humaine liée à l'eau,*
- *la protection de la santé dans les espaces clos,*
- *la protection de la santé dans l'environnement extérieur,*
- *l'amélioration des connaissances.*

2 Etat des lieux

L'état des lieux est structuré selon trois axes principaux :

- Dans un premier temps, un bilan des actions menées dans le cadre du Plan relatif à l'alerte et à la gestion des urgences sanitaires (Pragsus) est réalisé (voir annexe 1) et analyse les points forts mais aussi les manques et retards dans la réalisation des actions prévues.
- Sont présentés ci-dessous les principaux risques sanitaires dans la région. Il ne s'agit pas de d'établir une liste exhaustive des risques comme celle réalisée dans le Pragsus mais d'insister sur les risques émergents et ré-émergents et sur les problèmes sanitaires spécifiques à la région.
- Sont décrites enfin les actions menées dans le cadre de l'organisation de la veille sanitaire dans la région en abordant les outils développés dans ce sens ainsi que les actions et dispositifs de surveillance innovants mis en place durant ces cinq dernières années.

2.1 Les risques sanitaires en PACA

La région PACA a connu une actualité sanitaire riche (arboviroses, augmentation des cas de rougeole, signalement d'évènements indésirables graves dans les établissements sanitaires et médico-sociaux) au cours des dernières années. Par ailleurs, existent des risques de survenue d'évènements naturels (météorologiques ou sismiques), technologiques (sites Seveso ou barrages, etc.) ou anthropiques (importance du tourisme et des flux de populations, accidents d'aviation, routiers ou ferroviaires, etc.), ayant eu ou pouvant avoir un impact sanitaire grave.
Cela montre, s'il en est besoin, l'importance de rester vigilant, d'anticiper par une préparation en amont, d'agir de façon réactive, permanente, adaptée et coordonnée, enfin d'être mobilisés (parfois dans la durée), en cas de situation exceptionnelle pouvant conduire à une crise sanitaire majeure.

Il a été préféré de ne pas refaire un inventaire précis des risques comme celui réalisé dans le Pragsus ou dans l'ORSEC des départements ou zonal, mais d'aborder uniquement les risques émergents et ré-émergents et les problèmes sanitaires spécifiques à la région.

2.1.1 Emergences et réémergences

2.1.1.1 Chikungunya, Dengue

Le moustique *Aedes albopictus,* initialement présent dans un secteur géographiquement limité au littoral méditerranéen des départements des Alpes-Maritimes (depuis 2004), de Haute-Corse (en 2006), de Corse du Sud et du Var (en 2007), a brutalement étendu son territoire en 2009 à l'arrière pays de ces départements. Les densités vectorielles observées sont parfois importantes. L'*Aedes albopictus* s'est implanté en septembre 2009 dans les Bouches-du-Rhône dans deux quartiers de Marseille. En 2010, c'est l'ensemble des Bouches-du-Rhône et une partie des Alpes-de-Haute-Provence qui étaient touchés. Les conditions climatiques, l'urbanisation importante de ces départements et le développement des axes routiers sur le littoral méditerranéen sont des facteurs favorables à l'extension de l'implantation de ce moustique à tout le sud de la France.

En métropole, dans des conditions environnementales favorables (température, humidité, écologie), la présence simultanée de cas importés de chikungunya ou de dengue en phase virémique et du vecteur, est susceptible d'induire une chaîne de transmission locale et des cas autochtones. Ceci a été confirmé en 2010.

En effet, dans les départements d'implantation du moustique *Aedes Albopictus*, a été mis en place un dispositif de signalement accéléré de cas suspects de chikungunya et de dengue, sans attendre leur confirmation biologique. Chaque cas suspect est à signaler aux autorités sanitaires régionales avec

l'envoi en parallèle d'un prélèvement permettant aux centres nationaux de références des arboviroses de confirmer ou non ce cas. Ceci permet à l'Entente interdépartementale méditerranée (EID) de réaliser une prospection aux lieux de vie des cas et de mettre en place si besoin des actions de démoustication.

Au cours de la saison 2010, l'extension géographique d'implantation du moustique *Aedes albopictus*, ainsi que la survenue d'une épidémie majeure de dengue dans les Antilles, ont entraîné la multiplication de signalements de cas suspects de dengue importés (plus de 600 cas sur l'inter-région) et la survenue de deux cas autochtones dans le département des Alpes-Maritimes. De même, deux cas autochtones de chikungunya sont survenus dans le département du Var malgré le faible nombre de cas importés d'infection à virus chikungunya observés en 2010 (n=4).
Par ailleurs, la région est aussi confrontée à d'autres arboviroses susceptibles d'entraîner l'apparition de cas groupés : les fièvres West-Nile et Toscana. La mise en évidence de cas humains de fièvre du virus West Nile dans les années 1962-1965 et la réémergence d'infections dues à ce virus parmi les populations équines et aviaires en Camargue en 2000 et 2004 rend possible la survenue de foyers épidémiques humains. En 2003, sept cas humains et quatre cas équins ont été détectés dans l'est du département du Var alors que depuis 2004, aucun cas humain ne l'a été.

Des enseignements ont été tirés de la mise en place de ces dispositifs.

- Le dispositif de surveillance a été élaboré puis adapté et amélioré chaque année pour permettre une détection la plus précoce possible des cas suspects ainsi que la confirmation ou non du diagnostic. Ce système s'appuie sur la déclaration obligatoire, une surveillance accélérée là où s'avère nécessaire de favoriser la réactivité du système et un système de rattrapage national des diagnostics de laboratoires visant à récupérer des cas qui auraient pu échapper au dispositif. Il est complété par un outil de partage des informations entre les acteurs chargés du suivi des cas (ARS, InVS et CNT) permettant un suivi en temps réel des informations entre les acteurs.
- L'extension régionale de l'implantation du moustique à amené les autorités sanitaires, en PACA, à harmoniser et coordonner les actions de surveillance, de prévention et de lutte contre la survenue de cas, dans un cadre régional de pilotage opérationnel à l'échelle du département (dès 2010, une nouvelle gouvernance du dispositif a été organisée). L'expérience acquise en Paca et Corse permettra une mise en place rapide et adaptée du dispositif dans d'autres régions.
- L'information des professionnels de santé était réalisée sur un mode individuel pour chaque cas importé. La survenue de cas autochtone a permis de tester de nouvelles modalités d'information et de mobilisation des professionnels de santé, médecins en particulier, à la détection précoce de cas. La diffusion ciblée de message aux médecins par téléphone a ainsi montré son efficacité dans cette mobilisation.
- Des modalités de sensibilisations novatrices ont été testées comme l'information générale du public (message radio, plaquettes d'informations, films courts), animations scolaires…

<u>Voies de progrès</u>

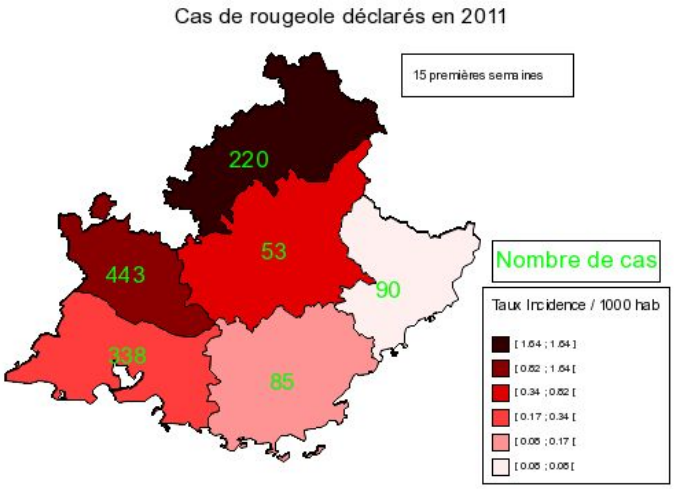
Il est apparu nécessaire :

- de développer les actions d'informations auprès des professionnels de santé et d'améliorer l'ergonomie des outils informatiques mis en place afin de les tourner davantage vers l'aide à la gestion ;
- de renforcer les actions de sensibilisation menées principalement à travers les media pour parvenir à modifier les comportements du grand public, mais aussi au travers d'actions spécifiques ;
- de continuer l'harmonisation des dispositifs à l'échelon régional (arrêtés préfectoraux, plans départementaux, modalités de sensibilisations des professionnels…).

2.1.1.2 Epidémie de Rougeole dans la région PACA

L'épidémie de rougeole qui sévit en France depuis début 2008 avec une intensification de la circulation du virus début 2010 n'a pas épargné la région Paca avec 497 cas déclarés en 2010 et 849 sur les trois premiers mois de l'année 2011 (carte 1).

Carte 1 - Cas de rougeole signalés au cours des 15 premières semaines de l'année 2011 en Paca



La distribution des cas n'est pas homogène et les départements du nord de la région présentent un taux d'incidence sensiblement plus élevé (carte 1).

La surveillance de l'épidémie de rougeole au travers des **données des services d'urgences** produisant des résumés de passages aux urgences (RPU) codés (23 services des urgences de la région PACA) confirme les tendances observées par les MDO (fig 1).

Fig 1 - Nombre de passages aux urgences pour rougeole par semaine, Paca, 01/2010 – 03/ 2011 27/03/2011

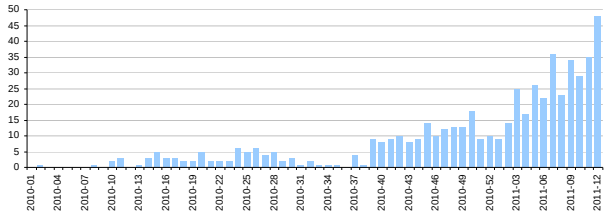
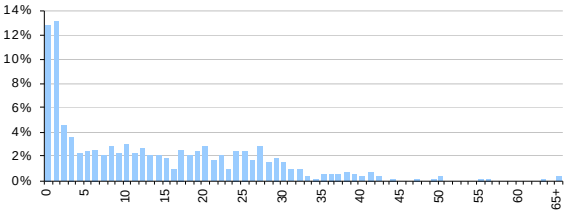


Fig 2 - Répartition des passages aux urgences pour rougeole par âge, Paca, 4/01/2010 –



Le ratio (H/F) est de 1,1 (291/258). L'âge moyen des cas est de 13,1 ans (étendue : 0 - 66 ans). Les moins de 15 ans représentent 60 % des passages (figure 2). Chez les adultes, ce sont les personnes de 20-29 ans qui sont particulièrement atteinte (20 % des cas).

Parmi les cas de rougeole, on note plusieurs cas compliqués d'**encéphalite** et de nombreux cas compliqués de **pneumopathie**.

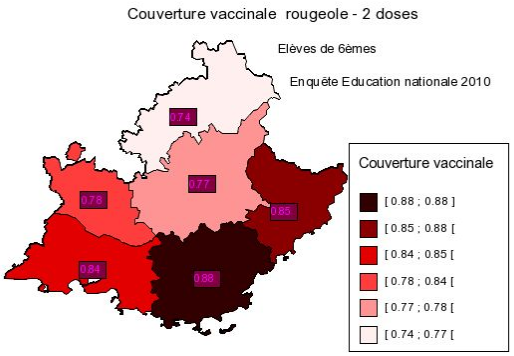
Il est intéressant de confronter les données de l'épidémie à la couverture vaccinale. En France, l'objectif de couverture vaccinale à 24 mois est de 95% au moins pour la première dose et de 80% au moins pour la deuxième dose.

La couverture vaccinale des enfants estimée à partir des **certificats de santé du 24ème mois** est en légère augmentation entre 2004 et 2007, mais elle reste encore en dessous de la cible qui est nécessaire à l'interruption de la circulation du virus de la rougeole (Tableau 1).

Tableau 1 | Couverture vaccinale rougeole «1 dose» à l'âge de 24 mois (en %), certificats de santé du 24ème mois

	2004	2007
France métropolitaine	87,5	90,1
Région Paca		
Alpes-de-Haute-Provence	67,3	
Hautes-Alpes		
Alpes-Maritimes	88,6	91,5
Bouches-du-Rhône	83,6	88,5
Var	82,1	87,4
Vaucluse		

(source : Drees, InVS)



Dans le cadre de la mise en place d'actions préventives pour l'amélioration de la couverture vaccinale contre la rougeole, le Ministère de l'Education nationale a organisé au cours du dernier trimestre 2010 une vérification des statuts vaccinaux pour la rougeole pour les élèves de 6ème et de 2nde de l'enseignement public. Les résultats pour les 2 académies de la région Paca pour les 6èmes sont présentés dans la carte ci-dessus. On constate de grandes disparités de couverture vaccinale d'un département à l'autre avec une constance dans le temps (identique entre élèves de 6ème et de 2nde).

Les voies de progrès

Cet épidémie a montré que malgré les efforts d'information et de sensibilisation, tant auprès des professionnels de santé que du public, l'information a du mal à passer et que les actions de vaccinations autour des cas ont du mal à se mettre en place en faveur de la population, comme auprès des professionnels de santé, eux-mêmes.

Cet épisode a montré la place importante du médecin traitant dans la mise en œuvre de la politique vaccinale mais aussi les difficultés à lancer des actions de vaccination collective, qui, dans certains cas, peuvent s'avérer indispensables. Malgré des sollicitations de la DGS en provenance de plusieurs régions, il n'y pas eu d'action d'ampleur nationale de lancée. Localement, ce type d'action nécessite une préparation très en amont.

Dans le même ordre d'idée, malgré la présence avérée d'une épidémie en France, les dispositions de la circulaire du 4/11/2009 ont tardé à être adaptées par le niveau national. Il en est de même pour la fiche de notification de la rougeole. Celle-ci n'est pas configurée pour participer à la gestion tel que préconisé dans la circulaire du 04/11/2009; avec notamment la recherche de sujets contacts à risques et la fréquentation de collectivité.

Enfin, l'ARS, depuis le premier semestre 2011, a installé et anime un comité de pilotage régional, composé des principaux partenaires concernés (assurance maladie, collectivités locales, professionnels et établissements de santé, administrations d l'État, structures associatives) pour déterminer et mettre en œuvre une politique vaccinale, dynamisée et coordonnée.

2.1.1.3 Baignades et Ostreopsis ovata

L'ARS assure le contrôle sanitaire des 480 sites de baignade qui vise à garantir à travers des analyses bactériologiques et des contrôles de terrain que les eaux sont propices à la baignade et à informer le public de cette qualité.

Des actions sont engagées avec les communes gestionnaires des plages afin d'éviter que la mise en œuvre de la nouvelle réglementation issue d'une directive de 2006 ne conduise à des déclassements de baignades en raison d'une qualité insuffisante de leurs eaux.

D'autre part, une action spécifique complémentaire a été engagée par l'ARS ces dernières années suite au signalement de la présence ponctuelle d'*Ostreopsis ovata.*

Ostreopsis ovata est une algue microscopique unicellulaire, produisant une toxine particulière dite palytoxine, qui vit habituellement dans les eaux chaudes des mers tropicales. Lorsque la concentration dans l'eau de mer d'*Ostreopsis ovata* est importante, l'inhalation d'aérosols marins contaminés (exposition par voie respiratoire) peut provoquer des effets sanitaires tels que : rhume, toux, fièvre, difficultés respiratoires et irritations de la bouche, de la gorge et des yeux. Des éruptions cutanées (rougeurs et démangeaisons), qui surviennent rapidement après contact direct de la peau avec de l'eau de mer contaminée, ont également été observées. Enfin, dans les pays tropicaux, des intoxications alimentaires par des coquillages ou des poissons contaminés par la palytoxine d'*Ostreopsis ovata* (exposition par voie orale) ont été décrites

Ostreopsis ovata a été repérée pour la première fois dans les eaux tempérées en 2003 en Grèce et en Espagne. L'inhalation d'embruns marins contaminés a été responsable d'une épidémie en 2005 à Gênes avec admission aux urgences de 225 personnes et 20 hospitalisations (syndromes respiratoires fébriles et irritations cutanées). En septembre 2006 à Marseille, des baigneurs et plongeurs fréquentant une calanque des îles du Frioul ont présenté des symptômes en liens avec *Ostreopsis.* Depuis 2007, la Direction Générale de la Santé a mis en œuvre un dispositif associant une surveillance épidémiologique et environnementale, ainsi qu'une gestion préventive du risque lié à la présence d'*Ostreopsis* dans les eaux de baignade.

Ce dispositif couvre le littoral méditerranéen et fait intervenir des partenaires tels que l'Ifremer, le Centre Antipoison de Marseille, les agences régionales de santé et les Cire Sud et Languedoc-Roussillon. Une Cellule d'Aide à la Décision, associant experts, évaluateurs et gestionnaires du risque, propose des mesures de prévention aux maires et aux Préfets concernés. Si la surveillance environnementale a montré que de nombreux blooms sont survenus en 2008 sur le littoral des Bouches-du-Rhône, du Var et des Alpes-Maritimes, le nombre de cas humains observés est resté cependant limité. La symptomatologie observée chez les baigneurs exposés à *Ostreopsis* était bénigne et bien moins marquée que celles liées aux méduses.

Compte tenu de la persistance d'inconnues, sur les causes de survenue de blooms d'*Ostreopsis* et sur les niveaux de concentration dans l'eau de mer de cette algue pouvant présenter un risque pour la santé, cette surveillance exploratoire a évolué entre 2007 et 2010. Cette surveillance balnéaire a été associée à des actions de recherche notamment sur le risque toxique alimentaire (bioaccumulation de *palytoxine* et dérivés dans les produits de la mer et particulièrement les oursins).

Les voies de progrès dans ce domaine se situent :

- d'une part dans une amélioration des connaissances par des organismes de recherche (Ifremer…) pour mieux appréhender notamment les modalités de survenue des blooms,
- d'autre part, dans la mobilisation des élus et la sensibilisation du public (processus d'information des baigneurs et plongeurs, voire d'interdiction des plages).

2.1.1.4 Infections liées aux soins et BMR

On est confronté au cours des dernières années à une diffusion progressive des BMR dans la population hospitalière et en communauté, *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), Entérobactérie avec Beta-lactamase à spectre élargi (EBLSE). La fréquence des EBLSE augmente et, avec l'augmentation de l'utilisation des carbapénèmes, on voit l'émergence de souches avec carbapénèmases.

Les voies de progrès consistent à améliorer la prescription des antibiotiques pour limiter l'apparition de résistances majeures et ensuite de souches avec carbapénèmases.

La mise en place du Plan régional de maitrise d'une épidémie (ARS + ARLIN) doit permettre le recensement des infections et des colonisations, de suivre le développement des épidémies avec les données des CNR, d'apporter un appui sur place avec notamment vérification des règles d'hygiène.
L'amélioration des critères de signalement devrait contribuer à faciliter le signalement. La dématérialisation du signalement devrait aller dans le même sens.

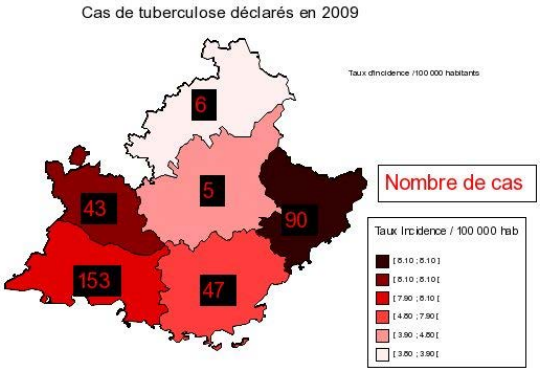
2.1.2 Spécificités régionales

2.1.2.1 Tuberculose, disparité et multi résistance

En 2009, en PACA, le taux d'incidence des cas de tuberculose déclarés est de 7,97 pour 100 000 habitants (344 cas) contre 9,9 en France métropolitaine. Le Haut conseil de la santé publique préconise d'atteindre en 5 ans en métropole (hors Ile –de-France) une incidence moyenne de 6 cas pour 100 000 habitants. Il préconise également d'atteindre 85 % de succès thérapeutiques chez les patients de moins de 60 ans traités pour tuberculose maladie en luttant contre la faible observance du traitement (afin de prévenir les rechutes et la sélection de bacilles résistants).

La région PACA présente par ailleurs plusieurs points faibles :

- des disparités territoriales importantes (en 2009, le taux d'incidence de la tuberculose déclarée qui était de 3,8/100 000 habitants dans les Hautes Alpes atteignait dans les Alpes maritimes 8,4 pour 100 000 habitants et dans les 1ers, 2ème et 3éme arrondissements de Marseille, elle se situait entre 25 et 50 pour 100 000 habitants),
- des disparités selon le statut socio-économique, certains groupes sociaux étant particulièrement à risque : les migrants originaires de pays en forte incidence, les personnes précaires, les personnes sans toit, les populations incarcérées.



Depuis quelques années, les professionnels de santé assistent à une constante augmentation des formes de tuberculoses Multi-résistantes et Ultra-résistantes aux traitements antibiotiques. Pour les malades concernés, la prise en charge est plus difficile et la mortalité plus élevée (20 à 40 % selon les séries). Ces résistances ont aussi un impact sur l'épidémiologie de la maladie. Il y aurait près de 70 000 cas de tuberculose multi-résistante en Europe dont 95 % se situent en Europe orientale.

Pour la prise en charge, l'isolement « air » est nécessaire pendant toute la durée de la période de contagiosité et la durée d'hospitalisation moyenne actuelle est supérieure à 90 jours par patient.

Le département des Alpes-Maritimes connaît une situation particulière ; le taux d'incidence de tuberculose y est supérieur à la moyenne nationale (11,8 en 2010). Entre 2002 et 2010, 19 nouveaux cas de cette pathologie ont été diagnostiqués dans les Alpes maritimes et hospitalisés, pour la plupart, au Centre Hospitalier Universitaire de Nice, en court séjour. La situation en 2011 paraît tout aussi préoccupante, puisque déjà 7 cas de tuberculoses résistantes sont recensés.

Au niveau organisationnel le CLAT 06 est identifié par la plupart des partenaires médico-sociaux comme « référent de la lutte antituberculeuse ». Ceci permet d'obtenir rapidement les signalements des cas de tuberculose et particulièrement, les suspects de résistance et de décider, après enquête, d'un protocole de prise en charge adapté. Ce protocole est rendu possible grâce à l'implication de l'ARS, des autres CLAT, du CNR mycobactéries, de la DGS, de l'InVS et des centres hospitaliers.

La collaboration existante entre les laboratoires de bactériologie privés et hospitaliers et le CLAT 06 facilite également la rapidité d'intervention. L'ouverture en 2011 du laboratoire de confinement de type L3 sur Nice a raccourci le délai de diagnostic et facilité l'accès aux méthodes de biologie moléculaire (identification rapide du *Mycobacterium tuberculosis* et du profil des résistances des souches).

Voies de progrès
Le dépistage et la prise en charge des tuberculoses Multi et Ultra-résistantes dans la région pose actuellement plusieurs problèmes qu'il convient d'essayer de résoudre :

- l'absence de dispositif standardisé et informatisé d'échange des résultats des dépistages entre les différents CLAT engendre des pertes de temps et de données,
- en raison notamment de la durée des traitements et de l'absence de couverture sociale pour la plupart de ces patients récemment arrivés en France, le nombre de perdus de vue sous traitement est important ainsi que le nombre de rechutes pour rupture thérapeutique,
- la capacité de lits d'isolement est insuffisante en PACA (6 lits en Maladies infectieuses à l'Hôpital Nord de Marseille et 1 lit au CHU de Nice); la création ou la transformation de lits existants dans un service de soins de suite pourrait répondre aux besoins spécifiques de la prise en charge de ces malades.

2.1.2.2 Légionellose

Depuis que cette maladie bactérienne transmise par voie respiratoire est à déclaration obligatoire, une hausse continue des cas de légionellose déclarés a été notée en France atteignant un pic en 2005, avec un taux d'incidence annuel de 2,5/100 000 habitants. Depuis, on note une diminution continue des cas déclarés.

La région Paca a vu la même tendance survenir, avec un pic également en 2005 et un taux d'incidence cependant supérieur à 3,4/100000 habitants. Parmi les départements de la région, on notait que le département des Alpes-Maritimes ressortait particulièrement avec 76 cas déclarés cette année-là et un taux d'incidence près de 3 fois supérieur aux taux d'incidence national (7/100000 habitants en 2005)[1]. Plusieurs cas groupés ont été investigués durant les années 2005 à 2007 mais aucun facteur d'exposition commun n'a été trouvé lors de chacune des investigations, hormis une exposition potentielle à des tours aéro-réfrigérantes (TAR) par voie humide. Malgré divers éléments épidémiologiques permettant de maintenir l'hypothèse d'une contamination par une ou plusieurs TAR (concentration dans le temps, zone géographique limitée et absence d'autre facteur de risque retrouvé), leur implication n'a jamais pu être confirmée biologiquement.

Face à cette incidence très élevée, des actions d'information et de sensibilisation associant la DRIRE et la DDASS avaient été menées auprès des gestionnaires de TAR. L'incidence de cette maladie a fortement baissé pour atteindre une incidence de 2,5/100 000 en 2008 (27 cas).

Cependant, l'année 2010 a vu à nouveau une très forte augmentation des cas déclarés en Paca, essentiellement due au département des Alpes-Maritimes avec 77 cas signalés dans ce département et un taux voisin de celui de 2005. Il s'avère ainsi que des progrès sont possibles notamment dans le département des Alpes maritimes mais nécessitent une action continue dans le temps et dont l'impact peut être suivi par les données de la surveillance.

[1] Bulletin de veille sanitaire n°1, janvier 2010. Maladies à déclaration obligatoire – Données 2008 – Provence-Alpes-Côte d'Azur. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, janvier 2010, 4 p. consulté le 19/05/11

2.1.2.3 Pollution atmosphérique urbaine et industrielle

Les émissions atmosphériques en région Paca sont supérieures à la moyenne nationale, de plus de 10% pour le dioxyde d'azote (transports), le dioxyde de soufre et les composés organiques volatils (COV) de source majoritairement industrielle. Les émissions de poussières fines et ultrafines (PM Matière Particulaire : PM10 - inférieures à 10µm et PM2,5 – inférieures à 2,5 µm) sont également supérieures à la moyenne nationale (de l'ordre de 10%). La région PACA est également classée dans les 5 régions les plus fortement émettrices de métaux lourds. Les origines de ces émissions sont à la fois les zones urbaines denses (Marseille, Aix, Nice, Toulon, Avignon), des zones industrielles fortement émettrices (Etang de Berre) et un tissu routier important.

On observe en conséquence en région Paca de fréquents dépassements des seuils de pollution pour les paramètres dioxyde de soufre (industries), oxydes d'azote (routes), particules (habitat, routes et industries), ozone (routes et industries). La pollution par l'ozone impacte une grande partie du territoire régional; en particulier lorsque la situation météorologique stable empêche la dispersion des polluants primaires issus des panaches émis dans les zones urbaines et industrielles du sud de la région avant le transfert, jusqu'aux régions préalpines, de masses d'air polluées par les polluants secondaires.

Les principales contaminations et troubles potentiellement générés par les activités humaines, industrielles, liés aux transports, aux menaces qui pèsent sur la ressource en eau, aux déchets sont prioritaires, en termes de prévention et de lutte.
Au niveau de la pollution atmosphérique, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a enregistré en 2009 trente jours d'épisodes de pollution à l'ozone, ce qui la place loin devant les autres régions de France.
La région Paca se situe toujours en tête du palmarès national, soit deux fois plus qu'en Rhône-Alpes et quatre fois plus qu'en Ile-de-France.
A lui seul, le département des Bouches-du-Rhône, qui concentre de grands centres urbains et le pôle industriel de Fos-sur-Mer, est "responsable de plus de 50% des émissions polluantes de Paca". L'ozone et les autres composés qui l'accompagnent en cas de pic sont agressifs et irritants pour les voies respiratoires et peuvent provoquer l'apparition de nombreux symptômes comme l'inflammation des bronches, l'irritation de la gorge et des yeux ou encore des crises d'asthme.

Les normes de qualité de l'air pour les particules ne peuvent être respectées dans de nombreux territoires de la région. La commission européenne vient d'engager une action contentieuse à l'encontre de la France devant la cour de justice de l'union européenne en raison de ce non respect des normes de qualité de l'air, notamment en Paca.

La zone de Fos – Etang de Berre, peuplée d'environ 300 000 habitants, est la zone industrielle la plus importante de la région Paca, regroupant d'importants complexes pétrochimiques et sidérurgiques. Elle concentre plus de 70 % des établissements Seveso II de la région Paca (43 sur 60 établissements). Il résulte de cette industrialisation, accompagnée d'une forte urbanisation, une altération de la qualité de l'air se caractérisant par de nombreux pics de pollution, mais aussi des niveaux de fond préoccupants. Il existe une demande importante de la population, des associations et des élus de cette zone sur l'impact de la pollution atmosphérique sur son état de santé.

En 2006, la Cire a évalué les enjeux de la pollution atmosphérique dans la zone concernée, ainsi que l'implication et les attentes des différents acteurs dans le domaine. Deux études ont ensuite été lancées pour tenter de répondre aux questionnements posés :

- une étude de panel structurée autour du réseau régional de surveillance des odeurs coordonné par Airfobep, association de surveillance de la qualité de l'air (Asqaa) pour l'Ouest des Bouches-du-Rhône ;
- l'étude descriptive à partir des bases PMSI des établissements de santé analysant géographiquement les hospitalisations pour des pathologies connues pour être en lien avec la pollution atmosphérique (cardiaques, respiratoires, cancers) suivant des zones de pollution contrastées, déterminées en partenariat avec Airfobep. Un comité technique incluant les parties prenantes (représentants des riverains, association de médecins, médecins hospitaliers experts, Airfobep, Agence régionale de santé (ARS) et Cire) a été mis en place.

En raison de la problématique sensible de ce sujet, la Cire continuera à s'investir fortement avec en particulier 2 projets qui sont envisagés à la suite de ces études :

- le premier dérive directement de la problématique de la zone de Fos – Etang de Berre et vise à élaborer, à partir des données des urgences collectées dans le cadre du système Oscour (analyse des résumés de passage aux urgences), des indicateurs de suivi des pathologies respiratoires et cardiaques sur la zone de Fos-Etang de Berre ;
- le deuxième projet est une étude prospective visant à mieux caractériser les cas de cancer du rein et de la vessie, puis des leucémies aigües de l'adulte dans le département des Bouches-du-Rhône. La Cire Sud a déjà participé à une investigation des signalements de clusters de cancers du rein ou de leucémies dans ce département. En l'absence de registre des cancers, l'identification des cas reste assez difficile. La fréquence élevée de ces cancers est par ailleurs assez souvent évoquée par les associations de riverains et les travailleurs des différents complexes industriels situés autour de l'Etang de Berre..

Par ailleurs, la Cire participe aux évaluations des risques sanitaires réalisées dans d'autres zones de la région Paca (vallée du Paillon à Nice) et a actualisé les données d'impact sanitaire de la pollution atmosphérique d'origine urbaine sur 5 grandes zones urbaines de la région, en collaboration avec les deux Asqaa, Airfobep et Atmo-Paca.

2.1.2.4 Risques naturels

La région Paca est une des régions françaises les plus concernées par les risques naturels. Toutes les communes de la région sont soumises à au moins un risque potentiel d'inondation, de mouvement de terrain, de feu de forêt, d'avalanche ou de séisme. Plus de 40 % des communes cumulent quatre risques et plus de 10 %, cinq risques[2] (carte en annexe 1). Outre les facteurs liés à l'urbanisation, le climat favorise la survenue d'inondations (pluies brutales et abondantes en automne notamment). La sécheresse estivale, les vents, la présence d'une végétation fortement inflammable, le relief favorisent quant à eux les risques de feu de forêt.

Les départements côtiers sont principalement concernés par le risque de feu de forêt, la vallée du Rhône et la bande côtière par celui d'inondation, les Alpes-Maritimes par le risque de séisme et les secteurs alpins par le risque de mouvements de terrain et d'avalanche. Certains bassins de risques, exposés à la survenue de divers aléas, présentent des enjeux importants en termes de population et de voies de communication : zone côtière des Alpes-Maritimes, zone de Marseille dans les Bouches-du-Rhône, zone de Toulon dans le Var notamment.

Les inondations qui ont entrainées 29 décès dans le département du Var en juin 2010 illustrent bien la permanence de ces risques. Il faut d'ailleurs souligner que les impacts des catastrophes naturelles sont somatiques mais aussi psychologiques et sociaux, troubles qui peuvent persister plusieurs années après l'événement.

2.1.2.5 Risques technologiques

La problématique des risques technologiques est particulièrement présente dans la zone de l'étang de Berre qui, comme précisé antérieurement, concentre plus de 70 % des établissements Seveso II (carte en annexe 1). En juin 2010, la DREAL recensait pour la région PACA, 57 établissements classés par la Directive SEVESO seuil hauts [3]. Dans le département des Bouches-du-Rhône, 9 % de la population sont concernés par un Plan particulier d'intervention. Sur la période 1997-2003, 315 accidents industriels ont été recensés en Paca par le Ministère de l'Intérieur dont 151 ont entraîné un rejet de matières dangereuses ou polluantes, 17 ont nécessité l'évacuation de riverains, 14 ont blessé des civils et 6 ont entraîné un décès (6 personnes décédées au total sur cette période).

---

[2] Source « CARTOPAS 2010» - DREAL Paca http://www.paca.ecologie.gouv.fr/docHTML/cartopas/cartes_cartopas.htm

[3] en droit français, soumis à "autorisation avec servitudes

Les impacts sanitaires potentiels liés aux accidents industriels et technologiques peuvent être très importants comme dans le cas des fuites accidentelles de toxiques (avec des expositions directes et des risques majeurs pour la population selon la nature du produit ou indirectes par transfert aérien, contamination de la chaîne alimentaire ou hydrique), comme dans le cas des explosions avec des impacts psychosociaux durables.

2.1.2.6 Risques en lien avec la circulation internationale des biens et des personnes

Avec l'intensification des échanges, le risque de propagation internationale des maladies est pleinement d'actualité, avec le SRAS, les risques de grippe à virus hautement pathogène ou d'arboviroses, les maladies transmissibles par des moustiques vecteurs, et, tout récemment, les gastro-entérites à souche d'E. Coli productrice de shigatoxines.

La région Paca, qui constitue un lieu de transit important de biens et de personnes en raison de ses nombreuses infrastructures portuaires et aéroportuaires, est très concernée par la mise en application du nouveau règlement sanitaire international (RSI), qui vise à limiter ce risque de propagation.

Le point d'entrée maritime désigné à l'OMS est actuellement, en zone Sud, le Grand port maritime de Marseille (de La Ciotat à Port Saint Louis du Rhône). Les autres ports de commerce sont Toulon et Nice. De nombreux ports de plaisance, d'importance variable, caractérisent la cote provençale : Hyères, Bandol, La Ciotat , Fréjus, Antibes, Cannes etc.

S'agissant du trafic respectif des deux aéroports de Marseille Provence et de Nice Côte d'Azur, ils représentent :

- Pour Marseille en 2010 : 7 522 167 passagers (+3,2 %) , 122 087 mouvements , 52 179 tonnes de fret (+7 %) ;
- Pour Nice Cote d'Azur : 9 800 000 passagers en 2009.

Il existe également dans la région un aéroport important à Toulon-Hyères.

2.2 Organisation régionale de la veille et de la réponse aux urgences sanitaires - Dispositifs de surveillance et de lutte

La création de l'ARS a offert l'opportunité de repenser l'organisation de la veille, de l'alerte ainsi que des dispositifs de surveillance. Les actions initiées dans ce cadre ont été nombreuses, anticipées dès le début de l'année 2010, en continuité avec les actions précédentes développées par la PRAGUS et sont encore en cours de développement, voire naissantes pour certaines. Elles concernent les deux aspects suivants :

- l'organisation au sein de l'ARS pour détecter et traiter les événements sanitaires,
- les nouveaux outils de gestion et de surveillance.

2.2.1 Organisation de la veille et de la réponse aux urgences

2.2.1.1 Champ d'intervention de l'ARS Paca en matière de veille et de sécurité sanitaire

Les ARS ont le statut d'établissement public de l'État à caractère administratif et sont, à ce titre, dotées de la personnalité morale, de l'autonomie de gestion et de personnels propres. Depuis le 1er avril 2010, elles regroupent en une seule entité plusieurs structures chargées auparavant des politiques de santé

dans les régions et les départements. Elles rassemblent au niveau régional des ressources de l'État et de l'Assurance maladie. Chaque ARS peut mettre en place des délégations territoriales.

Elles organisent la veille sanitaire et contribuent à la réponse aux urgences et à la gestion des situations de crise dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent. Conformément à l'article L.1413-15 du Code de santé publique (CSP), les ARS reçoivent les signaux sanitaires en provenance des services de l'État et des collectivités territoriales, de leurs établissements publics, des établissements de santé publics et privés, du service de santé des armées, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des services de secours ainsi que de tout professionnel de santé. Le directeur général de l'ARS porte alors ce signalement à la connaissance de l'InVS et du préfet de département et/ou de zone.

Les protocoles signés par les DG d'ARS avec les préfets de départements et de zone imposent une veille et une information réciproque des services des préfectures et de l'ARS en cas d'évènement sanitaire significatif susceptible de générer des troubles à l'ordre public.

2.2.1.2 Fonctionnement actuel de la plateforme régionale de veille et de gestion sanitaire

Une note du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité[4(1)]et du Directeur général de la santé, datée du 20 avril 2010 a recommandé une organisation de la veille au plan régional.

Selon cette note, un centre de réception et de régulation des signaux doit mettre à disposition une équipe professionnelle dédiée et en place un système :

- coordonné et unifié de veille, d'alerte et de gestion des crises sanitaires au sein de la région Paca,
- capable d'être réactif 24h/24h et 7 jours sur 7,
- créé à partir d'un point unique focal sur l'ensemble de la région.

La Direction de la Santé Publique et Environnementale (DSPE) qui est l'une des quatre directions de l'ARS Paca est notamment composée du département de la Veille et de la Sécurité Sanitaire (VSS). Ce département comprend la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), la Cire et la Cellule Régionale de Défense et Sécurité (CRDS), qui est en relation avec le service zonal de défense et de sécurité (SZDS).

Actuellement en région Paca, la plate forme régionale du siège constituée par le personnel de la CVAGS, de la CRDS et de la CIRE Sud est opérationnelle. Il s'agit d'une plateforme de réception, d'analyse et de traitement des signaux relatifs à l'alerte sanitaire, qui fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour l'ensemble de la région. De très nombreuses notes internes ont été établies et diffusées, en interne à l'ARS comme à nos partenaires dès le mois d'avril 2010 afin d'en faire connaître le fonctionnement.

Un groupe de travail transversal « plateforme régionale » s'est réuni pour définir les procédures de réception d'analyse et de gestion des signaux au sein de l'ARS. Ses conclusions ont été reprises dans une note de la direction de l'ARS (cf. annexe 3).

L'échelon départemental avec une équipe dédiée VSS reste le premier niveau de veille, d'alerte et de gestion des signaux sanitaires. Un appui technique du siège de l'ARS Paca peut être apporté aux délégations territoriales en termes de pilotage, d'expertise et de gestion directe si besoin. A noter que le département VSS du siège assure la gestion VSS du département des Bouches-du-Rhône.

---

[4] Le HFD est un conseiller du ministre, en charge de toutes le questions relatives à la défense, à la sécurité et aux questions de la vie économique. Un HFD est en poste dans tous les ministères. Cette fonction est assurée au ministère de la santé par l'actuel secrétaire du ministère: Mme Wargon

L'organisation de la plateforme garantit un point unique focal :

- Téléphone : 04 13 55 8000 (Ce numéro de téléphone est strictement réservé aux urgences sanitaires, il n'a pas à se substituer aux autres numéros de téléphone de l'ARS PACA)
- Adresse mel : ars13-alerte@ars.sante.fr
- N° de Fax : 04 13 55 83 44 (pour le moment concerne seulement le siège et la DT 13), autres N° de fax pour les autres DT.

2.2.1.3 Formations - séminaires

Les **Réunion d'échange de pratiques professionnelles** (REPP) consistent à offrir un lieu d'échanges et de partage d'expériences entre tous les acteurs de la veille sur les sujets récents ou particuliers. Elles sont ouvertes à tous les personnels (infirmières, ingénieurs, inspecteurs, médecins, secrétaires, techniciens, etc.) travaillant de prés ou de loin dans le domaine de la veille sanitaire à l'ARS. Ces réunions ont lieu tous les 2 mois.

Les réunions du **Collège VSS, avec la présence systématique d'un représentant de santé environnement, au niveau du siège,** sont organisées tous les deux mois en alternance avec les REPP. Les objectifs du Collège, instance d'aide à la décision du DG de l'ARS dans ce domaine, sont de :

- construire ensemble une culture commune VSS,
- élaborer un mode de fonctionnement régional et interdépartemental en vue de mutualisation,
- organiser le fonctionnement de la plateforme régionale et le fonctionnement des outils ad hoc,
- mettre en place la plate forme régionale et le point unique focal,
- organiser le fonctionnement des astreintes,
- apporter un appui au DT si nécessaire,
- organiser les formations dans le champ de la VSS,
- valider les procédures de gestion par thème ou pathologie,
- contribuer à la communication VSS.

➢ Le **Collège Santé-Environnement,** instance technique d'aide à la décision du DG de l'ARS**,** se réunit une fois par mois.
Ses principaux objectifs sont de :

- proposer les axes de la politique régionale en Santé – Environnement,
- harmoniser les modalités d'intervention sur les différentes thématiques,
- élaborer des procédures communes,
- valider les propositions d'organisation issues des GREP,
- étudier les possibilités de mutualisation,
- définir la déclinaison régionale des nouveaux textes réglementaires,
- dresser des bilans d'activité sur les principales thématiques,
- fixer les priorités en matière de budget et de formation,
- déterminer les actions d'éducation sanitaire à privilégier,
- organiser l'astreinte régionalisée en SE.

2.2.1.4 Continuité des activités de veille et de gestion des alertes sanitaires par la CVAGS

➢ **Pendant les jours et heures ouvrables**
Le fonctionnement en heures ouvrées s'étend du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00.
Les appels sur le numéro d'urgence régional 04 13 55 8000 sont transférés automatiquement, pour gestion, vers le numéro dédié « réception des alertes » de chaque délégation territoriale de l'ARS Paca. En cas de non réponse (au bout de 8 à 10 sonneries) ou si la personne appelante veut joindre le siège *(service régional chargé de la Veille et de la Sécurité Sanitaires, basé à Marseille, au 132 boulevard de Paris),* l'appel est dirigé automatiquement vers un menu proposant à l'appelant le transfert vers le siège de l'ARS Paca.

➢ **Hors heures ouvrables**
Le fonctionnement hors heures ouvrées (de 18h00 à 8h30 en semaine et du vendredi soir au lundi matin + les jours fériés) est garanti par un système d'astreintes départementales, régionales et zonales.

Il existe actuellement plusieurs lignes d'astreintes hebdomadaires hors heures ouvrées :

- 1ère ligne : astreintes de premier niveau en Délégation territoriale,
- 2ème ligne, astreinte « techniques »:
  - médicale régionale qui associe 8 médecins VSS (3 au siège + 5 en DT),
  - astreinte Santé Environnement régionale assurée par les ingénieurs sanitaires du siège et des DT,
  - autres lignes d'astreintes : Zone, Cire.
- 3ème ligne, astreinte de Direction : Comex.

La Cire Sud assure des astreintes depuis début janvier 2011 pour les régions Paca et Corse. A terme, ces astreintes seront mutualisées avec la Cire Languedoc-Roussillon. Pour ce faire, des réunions régulières entre les deux Cire sont organisées afin d'en assurer la mise en place opérationnelle.

Une horloge informatique bascule automatiquement le serveur de réception des Délégations Territoriales de l'ARS PACA vers les standards des préfectures départementales, en fonction du choix du département opéré par l'appelant. La personne de garde au standard à la préfecture de chaque département transfère alors l'appel au cadre d'astreinte de premier niveau, pour gestion, dans chaque délégation territoriale de l'ARS Paca.

Si une personne veut joindre le siège (service régional de veille et de sécurité sanitaire, basé à Marseille) de l'ARS Paca, l'appel est dirigé vers un menu, qui bascule automatiquement vers le standard de la préfecture des Bouches-du-Rhône. Dans ce cas, le standard de la préfecture des Bouches-du-Rhône joint le cadre d'astreinte de la délégation territoriale 13 de l'ARS Paca. Le cadre d'astreinte de la Délégation Territoriale 13 de l'ARS Paca appelle alors le cadre d'astreinte du COMEX (équipe de direction) de l'ARS Paca, pour gestion.

➢ **En cas de situation exceptionnelle et de crise**
La participation de l'ARS au centre opérationnel départemental (COD), ou au centre opérationnel zonal renforcé (COZ), activé sur décision préfectorale, est aquise pour toute crise ayant un impact sanitaire, les effectifs de l'ARS étant alors temporairement placés pour emploi sous l'autorité du préfet, avec rappel du personnel si nécessaire. La contrainte pour les DT est de répondre rapidement en cas d'alerte sanitaire à la demande des préfets de département en vue notamment de la représentation de l'ARS au COD et pour le siège de rejoindre le COZ. La communication d'urgence relève du préfet gestionnaire de crise en lien avec le DG ARS et son service de communication avec la DT concernée.

2.2.1.5 Protocoles passés avec les préfets de département

Les 6 protocoles signés (voir annexe 4) sont relatifs aux modalités de coopération entre le représentant de l'Etat dans le département et l'ARS Paca (à compter de sa signature), pour une période de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

Les enjeux du dispositif sont :

- la gestion des hospitalisations sous contrainte,
- la santé environnementale,
- la veille, la sécurité et la police sanitaires, dont le volet sanitaire des plans,
- l'inspection et le contrôle, dans les conditions définies à l'article L.1435-7 du code de la santé publique,
- le service public de la permanence des soins.

Par ailleurs, il existe un protocole opérationnel entre le préfet de zone et le DG de l'ARS de zone, ainsi qu'une procédure opérationnelle de fonctionnement entre les trois ARS de la zone sud, permettant de définir le rôle et les missions des ARS notamment en période de crise.

Un comité régional de sécurité sanitaire a été créé, conformément aux dispositions législatives. Il est chargé, notamment, sous la présidence du préfet de région :

- d'examiner les projets et protocoles mis en place par l'agence régionale de santé et les préfets de département et leurs conditions de réalisation,
- d'échanger les informations sur la situation sanitaire de la région, la survenue d'évènements ou de risques susceptibles de porter atteinte à la santé de la population,
- de coordonner à l'échelle de la région la politique de sécurité sanitaire et de santé publique,
- de coordonner, à l'échelle de la région, les moyens mis en œuvre par l'agence régionale de santé pour l'exercice des compétences des préfets de département en application de l'article L 1435-1.

Pour préparer le CRSS, des comités de pilotage départementaux ont été organisés dans chaque département.

En ce qui concerne la veille et sécurité sanitaire (dont le volet sanitaire des plans), les protocoles définissent les modalités de gestion des alertes et de crises sanitaires, dont les conditions de préparation de l'ARS à la cellule opérationnelle départementale.

Le Directeur général de l'ARS garantit une organisation sur 52 semaines, 24H/24 et 7j/7, permettant au Préfet de département de disposer à sa demande, dans le cadre de la veille et la sécurité sanitaires, des compétences de l'ARS, conformément aux modalités d'organisation décrites ci-après selon les trois étapes de la VSS : alerte, préparation et gestion. Une note de service du mois de septembre 2011 définit l'organisation de l'ARS en situation exceptionnelle.

2.2.2 Outils de gestion et de surveillance

2.2.2.1 Système d'information de la plateforme

Le nécessaire partage en temps réels des signaux et informations relatives à leur traitement entre les différents professionnels au sein de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires requiert la mise en place d'outils partagés de traitement des signaux[5].

[5] Note interministérielle du 20 avril 2010 ayant pour objet les principes d'organisation et de fonctionnement de la veille et de la gestion des urgences sanitaires dans les ARS

L'ARS Paca s'est dotée d'un système d'information régional partagé entre l'ensemble des agents contribuant au sein de l'ARS à la VSS, accessible par l'interface d'un portail Intranet, hébergé sur un serveur protégé de l'ARS, mettant à disposition les informations et les outils indispensables à l'activité de veille sanitaire. Le cœur de ce système d'information, dénommé Orages (Outil de recueil, d'analyse et de gestion des événements sanitaires) est dédié à l'enregistrement et au traitement des signalements et alertes sanitaires survenant sur son territoire. Le Portail de veille et Orages apporte un cadre commun à l'ensemble du personnel de la veille sanitaire de l'ARS pour la mise à disposition d'informations (alertes en cours, informations de surveillance…) et d'outils (annuaires, planning, procédures…) ainsi que l'enregistrement et le suivi des signaux reçus.

Cet outil a été conçu pour être conforme au cadre conceptuel et aux différentes étapes de traitement du signal. Orages a fait l'objet d'une déclaration Cnil (numéro : 1465981 v 0).

➢ **Objectifs**

Le portail de veille, et donc Orages, permet de :

- assurer l'enregistrement et la traçabilité des signaux sanitaires :
  - quantifier et valoriser l'activité de veille sanitaire
  - faciliter l'information des partenaires et des autorités sanitaires
  - permettre l'auto-évaluation des pratiques et alimenter les échanges d'expérience
  - répondre au risque médico-légal
- partager en temps réel au niveau régional les informations relatives aux signaux sanitaires (réception, validation, évaluation et gestion) :
  - permettre le fonctionnement mutualisé des équipes de veille sanitaire
  - permettre le fonctionnement de la plateforme régionale de veille sanitaire associant la cellule de veille et de gestion et la Cire
  - détecter de manière précoce des évènements de santé ne pouvant être mis en évidence que par le recoupement d'informations
  - contribuer à l'analyse de la portée (départementale, régionale, suprarégionale) d'un signal sanitaire
  - faciliter l'information des personnels d'astreinte
- faciliter la gestion d'un évènement sanitaire de portée régionale ou dépassant les capacités d'intervention d'un département :
  - assurer une circulation en temps réel des informations concernant la gestion de l'évènement sanitaire (main courante, fichiers liés au signal)
  - faciliter la rétro-information des autorités et des partenaires sur les mesures de gestion prises
- faciliter l'accès aux informations et aux outils utiles à la veille sanitaire.

En test en région Paca à partir de décembre 2009 suite à des présentations et démonstrations aux ARS Paca et Corse (siège et DT ; environ 100 personnes informées), le passage en production a été effectif en décembre 2010.

2.2.2.2 Systèmes de surveillance

La Cire Sud assure le relais entre l'ARS et le siège de l'InVS dans le fonctionnement et l'utilisation de systèmes de surveillance nationaux (surveillance de la grippe, de cas groupés de rougeole, d'IRA en établissements pour personnes âgées…) et développe des systèmes spécifiques de surveillance régionaux. Les dispositifs sont nombreux et ont été décrits dans le Pragsus. Sont décrits ci-dessous des exemples de ce qui a été développé depuis.

➢ Système de surveillance non spécifique

En juin 2005, la Cire Sud a mis en place pour les régions Paca et Corse un système de surveillance non spécifique basé sur un réseau de partenaires pérenne. Il s'intègre dans le dispositif national de surveillance SurSaUD (système de surveillance des urgences et des décès) développé par l'InVS, qui recueille des données détaillées permettant en particulier le suivi d'indicateurs syndromiques. Ces données proviennent des services des urgences (résumé de passage aux urgences) et des associations SOS Médecins. L'analyse de la mortalité se fait grâce aux données de mortalité transmises par l'Insee. La surveillance en temps réel des causes médicales de décès repose sur la certification électronique initiée par l'Inserm en 2004, dispositif encore très peu utilisé, ayant vocation à être progressivement élargi à tous les médecins afin de disposer à terme d'une surveillance des causes médicales de décès intégrée dans SurSaUD.

Ce système de surveillance non spécifique constitue le socle de la veille sanitaire régionale, adaptable à toutes situations particulières comme notamment lors des plans canicule, lors d'épidémies hivernales et dernièrement lors des inondations survenues dans le Var.

Les objectifs du projet sont :

- de fédérer autour de ce système de surveillance un réseau de partenaires pérenne ;
- de participer à tout système de surveillance spécifique mise en place dans le cadre de plans, d'évènements exceptionnels ou lors d'épidémies ;
- d'identifier précocement des évènements sanitaires pouvant nécessiter une réponse adaptée.

Des indicateurs de mortalité, de morbidité et d'activité, collectés par les partenaires du système, sont analysés au quotidien. Des informations « qualitatives » sont aussi sollicitées de manière à obtenir des informations sur tout indicateur sanitaire jugé anormal.

Les partenaires de la surveillance non spécifique sont :

- l'Observatoire régional des urgences Paca (ORU Paca) ;
- les principaux états civils informatisés des régions Paca et Corse ;
- les Samu des régions Paca et Corse ;
- les Services d'urgences et hospitaliers des régions Paca et Corse ;
- les associations SOS Médecins d'Aix-en-Provence, Ajaccio, Avignon, Cannes, Gardanne-Trets, Marseille, Nice, Toulon-Fréjus ;
- le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) des Bouches-du-Rhône et le Bataillon des marins pompiers de Marseille (BMPM) ;
- l'Association réseau bronchiolite asthme mucoviscidose Paca (ARBAM Paca) ;
- la régie municipale des pompes funèbres de Marseille.

➢ Animation de réseaux : surveillance des IRA et GEA dans les EHPA

Du fait de la fragilité des personnes âgées et du risque de transmission croisée en collectivité, les pathologies à risque épidémique représentent un problème majeur de santé publique dans les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA). Pour prévenir et contrôler ce risque, des outils adaptés à différentes pathologies ciblées (Infections Respiratoires Aigües, Gastro-entérites aigües, gale) ont été développés par un groupe de travail régional composé de la Cire Sud, l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) de la région Paca et l'ARS Paca.

Il s'agit d'aider les structures à mettre en place une surveillance associée à une aide à la gestion et de développer la culture du signalement. Ce projet est en place depuis 6 ans pour les infections respiratoires aiguës basses et évalué annuellement grâce à un outil de partage des informations. En 2011, le projet a été étendu aux GEA dans certaines régions pilotes dont Paca. Des actions spécifiques sont conduites notamment dans les EHPA afin d'aider les équipes médicales et soignantes à identifier

le plus précocement possible la survenue d'épisode d'infections aigues respiratoires basses et de gastro-entérites aigues. Le signalement précoce des premiers cas permet de limiter l'extension de l'épidémie en sollicitant si nécessaire des appuis extérieurs (équipe Clin de l'établissement de santé de proximité, l'Arlin, la Cire, l'ARS …).

➢ **Surveillance du chikungunya et de la dengue**

En France métropolitaine, la notification obligatoire à l'InVS des cas confirmés de dengue et de chikungunya (importés et autochtones) a été instaurée le 24 avril 2006.

Dans les départements d'implantation du vecteur *Aedes albopictus,* du 1er mai au 30 novembre, s'ajoute un dispositif local de signalement accéléré des cas suspects de dengue et de chikungunya mis en œuvre par les DT-ARS (délégations territoriales départementales de l'Agence régionale de santé) des départements impactés par *Aedes albopictus* et coordonné par la Cire Sud. Ce dispositif de détection précoce des cas permet l'activation et l'intervention rapide des services de lutte anti-vectorielle directement autour de ces cas suspects pour éviter la transmission de ces virus. Ces interventions focales sont complétées par la mise en œuvre d'une surveillance entomologique renforcée et des actions de lutte anti-vectorielle (LAV) de fond.

Ce dispositif de détection précoce a été basé sur l'expérience acquise de la surveillance des infections à virus WestNile, puis élargie en 2007 au virus Toscana et en 2010 au virus Usutu. Ces dispositifs sont activés chaque saison estivale et automnale.

➢ **Surveillance des événements sanitaires liés à la présence d'*Ostreopsis ovata* dans les eaux méditerranéennes**

Le dispositif de surveillance épidémiologique et environnementale couvre les 9 départements du littoral méditerranéen. Il est activé chaque année du 15 juin au 15 septembre.

La surveillance des effets sanitaires liés à l'exposition à *Ostreopsis ovata* est centrée sur le CAP de Marseille. A cette surveillance humaine s'associe une surveillance environnementale expérimentale sur quelques points de prélèvement balnéaire et sur des zones où des dépassements ont été identifiés les années précédentes. Les signalements (sanitaires et/ou environnementaux) proviennent des postes de secours des plages, des centres et écoles de plongée, des préleveurs d'eau (contrôle sanitaire), des professionnels de santé et des pharmacies du littoral.

➢ **Surveillance des infections nosocomiales**

Il existe un consensus au sein de la communauté médicale sur l'absolue nécessité de détecter le plus rapidement possible les évènements infectieux émergents afin de les contrôler et de les prévenir. Cependant, les responsables du signalement au sein de l'Institut de Veille Sanitaire dans leur rapport publié dans le BEH du 26 avril 2011 notent qu'il est indispensable de favoriser l'adhésion des établissements de santé au système d'alerte en l'améliorant[6].

Les causes du sous-signalement sont connues. Elles incluent le caractère vague des définitions des évènements à signaler comme le caractère rare ou particulier de l'évènement au niveau local, régional et national; les conséquences médico-légales du signalement; le fait que les interventions des pouvoirs publics ressemblent plus à des contrôles qu'à de l'assistance et la lenteur voire l'absence de la rétro-information.
Dans d'autres pays, comme les Etats Unis, dans le domaine de la résistance aux antibiotiques, des systèmes d'alerte comprenant des listes d'évènements sentinelles dont la détection doit déclencher une intervention ont été élaborées[7].

---

[6] Jean-Michel Thiolet, Isabelle Poujol, Sophie Vaux, Sophie Alleaume, Bruno Coignard. Le signalement des infections nosocomiales :un outil pour la détection et le suivi des infections émergentes en établissements de santé en France BEH 26 avril 2011 / n° 15-16-17

[7] Richet H, Mohammed J, McDonald LC, Jarvis WR. Building communication networks: international network for the study and prevention of emerging antimicrobial resistance

Dans la liste des évènements devant faire l'objet d'un signalement, certains ne posent pas de problèmes d'interprétation ou d'utilisation telles que les infections causées par des germes présents dans l'eau ou l'air environnant ou liées à l'utilisation d'un dispositif médical pour ne citer que deux exemples. Beaucoup plus problématiques sont les infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales ou nationales du fait de la nature ou des caractéristiques de l'agent pathogène en cause ou de son profil de résistance aux agents anti-infectieux qui nécessitent pour être détectées la possession ou l'accès à des données épidémiologiques.

Or, ni la majorité des laboratoires de microbiologie, ni la communauté médicale ne sont préparés à gérer les évènements émergents. Cette préparation implique en effet que les évènements susceptibles de survenir soient connus, que les laboratoires aient la capacité de détecter rapidement les phénomènes émergents (augmentation de virulence ou apparition de nouveaux caractères de résistance aux antibiotiques) et puissent effectuer des dépistages de colonisation. Il faut également que les facteurs de risque d'émergence puissent être analysés et que les mesures de contrôle et de prévention à mettre en place soient connues. Compte tenu de l'hétérogénéité des établissements de santé en termes de ressources et de compétences, il est essentiel qu'ils puissent avoir accès à une **assistance microbiologique et épidémiologique** en sachant que des expertises existent dans la région PACA qui pourrait être mise à la disposition de l'ARS et des établissements de soins.

En France, les activités de surveillance, de signalement et de contrôle/prévention sont dissociées, ce qui nuit à l'efficacité du dispositif de lutte contre les infections associées aux soins. Ainsi, dans le domaine de la résistance aux antibiotiques, l'émergence de carbapénèmases au sein des entérobactéries (*K. pneumoniae, E. coli…*) posera un problème de santé publique majeure dans la mesure où des bactéries virulentes deviendront résistantes à presque tous les antibiotiques. Il est important de noter que ces carbapénèmases ne s'installent pas dans le vide mais chez des souches déjà productrices de bétalactamases à spectre élargi (BLSE). Pour éviter de se trouver confronté à une épidémie gravissime d'infections à entérobactéries productrices de carbapénèmases, il est impératif de contrôler les infections causées par des souches productrices de BLSE. Il n'est bien sur pas question des signaler les infections causées par ces souches (beaucoup trop nombreuses) mais il parait indispensable d'inciter les établissements de santé de la région à **mettre en place des programmes de surveillance** comme outil d'évaluation des mesures de prévention.

2.2.2.3 Autres outils

➢ **Outils destinés aux astreintes**

La Cire Sud a développé un ensemble d'outils destinés aux astreintes (administratives et techniques)… Ces outils sont aussi opérationnels en dehors des astreintes.

Le choix des thématiques prioritaires a été fait suite à un inventaire des signalements rencontrés en astreintes et de leur fréquence. Les thèmes développés sont :

- les infections invasives à méningocoques (IIM) ;
- les cas groupés d'infections respiratoires aigues (IRA) basses en Ehpa (démarche commune aux principales étiologies et spécificités par étiologie (grippe, pneumocoque, légionellose, coqueluche) ;
- la légionellose ;
- la rougeole ;
- les cas groupés de gastroentérites aigües (GEA) et les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac) ;
- les arboviroses (Chikungunya/dengue)

Les services santé environnement ont élaborés des fiches de réactions et des documents de référence pour les principales alertes susceptibles de survenir pendant les périodes d'astreinte : pollution d'eau distribuée ou embouteillée, effraction d'ouvrages, nuage toxique, pollution baignade, …

Un « Share point », système d'information partagée et dédiée aux astreintes sera opérationnel pour la fin de l'année 2011.

➢ **Valise d'urgence Tiki-Wiki**

La Cire Sud participe avec les autres Cire à l'animation et la mise à jour du portail Internet (Tiki-wiki) hébergeant la valise de veille sanitaire en attendant une transition vers une gestion de l'outil par l'InVS Saint Maurice (DCAR) au cours de l'année 2011.

La valise de veille sanitaire Tiki-Wiki contient un ensemble de fiches réflexes pour aider à l'investigation et à la gestion d'un certain nombre d'événements de santé dans le champ des maladies infectieuses mais aussi dans celui de l'environnement.

2.2.3 Outils de gestion et de surveillance en santé environnementale

2.2.3.1 Missions de l'ARS en santé environnementale

Dans les domaines de la santé environnementale, l'ARS assure des missions qui lui sont propres et des missions conduites pour le compte de l'Etat dans le cadre des protocoles Préfets-ARS.

La majeure partie de ces missions, notamment celles, de contrôle des règles d'hygiène, d'élaboration d'avis sanitaires dans le cadre de procédures, d'évaluation des risques et de recommandation de gestion en cas de plaintes ou d'exposition de la population à des pollutions environnementales, d'actions de prévention en santé environnementale, contribuent à la veille sanitaire.

L'ARS planifie, programme et met en œuvre la surveillance sanitaire de l'environnement, en particulier des eaux d'alimentation, des eaux de loisirs, de l'air extérieur et intérieur, de l'habitat, des sols, des déchets, de l'exposition au bruit, aux rayonnements ionisants et non ionisants,… et des autres compartiments de l'environnement présumés porter atteinte à la santé humaine.

L'ARS tient un rôle central dans le recueil des informations liées aux risques environnementaux, leur traitement, l'analyse de ces signaux, le dimensionnement de la réponse à y apporter ainsi que sa mise en œuvre concrète. Son positionnement est sur ce champ particulier, ses services santé environnement étant à la fois collecteurs et producteurs de signaux.
Enfin, l'ARS concourt également à l'obligation des Etats de remonter à l'Union Européenne les bilans sur la qualité de l'eau de consommations, des baignades, … et fournit au ministère de la santé les données qui lui sont nécessaires pour définir sa politique en la matière.

2.2.3.2 Système d'information en santé environnementale

L'ARS dispose de plusieurs systèmes d'information en santé environnementale dont certains ont été développés localement. Il s'agit principalement des applications décrites ci-après (voir en annexe 5 les précisions sur les caractéristiques de ces différents systèmes d'information).

- SISE eaux qui permet la gestion des données administratives, techniques et analytiques de la distribution des eaux destinées à la consommation humaine et leur exploitation à différents échelons géographiques: communal, départemental, régional, bassin hydrographique et national.

- SISE thermalisme qui correspond au volet de Sise eaux consacré aux eaux minérales naturelles utilisées dans le thermalisme.

- SISE baignades qui intègre tous les résultats analytiques du contrôle sanitaire des eaux de baignade et permet d'établir des bilans par site / commune / département ainsi que d'assurer l'information du public.

- SISE piscines qui a pour but la gestion des résultats analytiques du contrôle sanitaire des eaux de piscines (plus de 4500 en Paca).

- @riane (ex ORHEP): la base de données de l'Observatoire Régional de l'Habitat de l'Etat et de ses Partenaires (ORHEP) a été créée et développée en région PACA. Cette application centrée sur le saturnisme et l'insalubrité des habitats et associant de nombreux partenaires départementaux a servi de base à la nouvelle application nationale sur l'habitat du ministère de la santé baptisée @riane.

- SISE ERSEI permet la mise en commun des données collectées lors des évaluations des risques sanitaires faisant l'objet d'un examen par les ARS.

- Base Amiante qui a pour but la gestion les données Amiante relatives aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Cette base régionale sera déployée par l'ARS Paca courant 2011

- SIROCO qui constitue le système de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone.

2.2.4 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international

Le nouveau Règlement sanitaire international (RSI) (adopté le 23 mai 2005 par la 58ème Assemblée mondiale de la santé et remplaçant celui de 1969) vise principalement à prévenir l'extension d'un danger pour la santé publique, en particulier les maladies transmissibles, par des actions proportionnées. Il comporte les innovations suivantes :

- un champ de notification plus large introduisant la notion d'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), c'est à dire intégrant les maladies infectieuses existantes, émergentes ou résurgentes, ainsi que les situations d'urgence sanitaire liées à des phénomènes environnementaux, industriels ou terroristes ; cette notification d'USPPI appartient à la directrice de l'OMS qui la prononce en fonction de l'argumentaire apporté ;
- une réactivité accrue par la mise en place d'un « point focal national », interlocuteur de l'OMS 24h/24 ;
- la possibilité d'échanges bilatéraux immédiats entre un Etat membre et l'OMS, et la capacité pour cette dernière d'émettre des recommandations temporaires ou permanentes même sans l'accord d'un Etat membre.

Désormais, tout signalement d'événement sanitaire, susceptible d'entrainer une menace pour la santé publique (maladies infectieuses existantes, émergentes ou résurgentes, situations d'urgence sanitaire liées à des phénomènes environnementaux, industriels ou terroristes) détecté dans une zone portuaire ou aéroportuaire de trafic international ou à bord d'un navire ou d'un aéronef effectuant un voyage international est à adresser à la plate forme régionale.

L'analyse des données et les investigations suite à l'alerte permettront d'éliminer un risque sanitaire transmissible ou de soupçonner un évènement sanitaire susceptible de constituer une urgence de santé publique de portée locale mettant en danger les autres passagers, l'équipage, la population et l'environnement du port d'escale et pouvant évoluer vers une dissémination nationale et internationale.

2.2.5 Gestion des urgences sanitaires et organisation en cas de situations exceptionnelles

2.2.5.1 Hors situation exceptionnelle

Actuellement, la réception, l'analyse et la gestion des signaux sont assurées en département principalement par les infirmières de santé publique avec l'appui d'un médecin, en lien, selon la nature du signal reçu, avec les service Santé–Environnement et les équipes « offre de soins et autonomie».

Même si les pratiques sont peu différentes (notamment en présence de cadre réglementaire – circulaire), il n'y a pas de procédure de gestion qui s'applique sur l'ensemble des départements. Une amorce d'homogénéisation des pratiques est réalisée grâce à des réunions d'échanges de pratiques

(collège santé –environnement pour le domaine concerné) qui réunissent des représentants des différentes délégations territoriales (ex DDASS).

La notion d'urgence sanitaire découle de l'analyse qui est faite à la réception du signal : gravité intrinsèque du signal, nature de la population concernée, importance quantitative de la population touchée …. A titre d'exemple, le signalement d'un cas d'infection invasive à méningocoque ou la contamination d'une personne par un germe multirésistant dans un établissement de santé peuvent constituer des situations d'urgence sanitaire nécessitant une gestion sans délai de la situation. Ces situations d'urgence sanitaire ne débouchent pas systématiquement vers des situations de tensions exceptionnelles voire de crise sanitaire. Dans quelques cas particuliers, elles peuvent cependant évoluer vers une gestion exceptionnelle, soit parce que les mesures mises en œuvre sont tardives et/ou inefficaces (par exemple, diffusion d'une épidémie intra ou inter hospitalière à *Clostridium difficile*), soit parce que le système de surveillance permet d'identifier une situation épidémiologique particulière (par exemple, multiplication de cas d'infection invasive à méningocoque sur un territoire circonscrit pouvant conduire à mettre en œuvre une stratégie ciblée de vaccination comme cela fut le cas en janvier et février 2007 à Barcelonnette).

2.2.5.2 En situation exceptionnelle

Les dispositifs mis en œuvre ces dernières années dans le cadre de la préparation et la gestion des situations exceptionnelles concernent un certain nombre d'acteurs du domaine sanitaire et social. Certains de ces dispositifs s'inscrivent dans le domaine réglementaire.

Les **établissements de santé** ont pour obligation de disposer d'un **plan blanc d'établissement**. Cet outil doit permettre à un établissement de santé de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Révisé chaque année, le plan blanc d'établissement définit notamment :

- Les modalités de son déclenchement et de sa levée ;
- Les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- Des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ;
- Les modalités d'accueil et d'orientation des victimes ;
- Les modalités de communication interne et externe ;
- Un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement ;
- Un plan de confinement de l'établissement ;
- Un plan d'évacuation de l'établissement ;
- Des mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (annexes NRBC);
- Des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Plus récemment, depuis aout 2009, dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins, les établissements de santé doivent développer un **plan local de gestion d'une épidémie**. Ce plan local doit prévoir l'organisation spécifique à mettre en œuvre au sein de l'établissement en cas d'identification d'un risque épidémique. Pour des raisons de cohérence, ce plan local doit s'inscrire dans le cadre du plan blanc de l'établissement notamment dans l'annexe portant sur les risques biologiques.

Les **établissements médico-sociaux** ont quant à eux l'obligation, suite aux conséquences de la canicule en 2003, de mettre en place un **plan bleu d'établissement**. Initialement prévu dans le cadre de l'organisation estivale pour éviter les conséquences d'un nouvel épisode climatique extrême, le plan bleu est devenu depuis 2006 un outil global d'organisation pour répondre à une situation exceptionnelle au sein de l'établissement. Au même titre que les établissements de santé, le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins demande aux établissements médico-sociaux de renforcer le plan local de gestion d'une épidémie.

Ces dernières années, des actions spécifiques ont été conduites notamment dans les **établissements d'hébergement pour personnes âgées** afin d'aider les équipes médicales et soignantes à identifier le plus précocement possible la survenue d'**épisode d'infections aigues respiratoires basses et de gastro-entérites aigues**. Le signalement précoce des premiers cas permet de limiter l'extension de l'épidémie en sollicitant si nécessaire des appuis extérieurs (équipe Clin de l'établissement de santé de proximité, l'Arlin, la Cire, l'ARS …).

Le **plan blanc élargi** est un outil mis en œuvre par le représentant de l'Etat dans le département en cas d'afflux de patients ou de victimes dans un contexte où l'organisation sanitaire habituelle est dépassée ou susceptible de l'être. Dans ce cadre, le représentant de l'Etat dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social. Il informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, le service d'aide médicale urgente et les services d'urgences territorialement compétents et les représentants des collectivités territoriales concernées du déclenchement de ce plan. Ces plans blancs élargis ont vocation à constituer le volet sanitaire des dispositifs ORSEC départementaux.

Depuis 2007, **l'établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS)**, établissement public administratif, est chargé de mettre en place un corps de réserve sanitaire et de gérer les stocks stratégiques et tactiques du programme civil de défense (PCD) et la logistique d'approvisionnement des produits pharmaceutiques nécessaires en vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves sur le territoire national ou à l'étranger. Le corps de réserve sanitaire a pour objet de compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en œuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'Etat, des collectivités territoriales et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile. Ce corps de réserve est constitué de professionnels et anciens professionnels de santé (notamment médecins retraités) et d'autres personnes répondant à des conditions d'activité, d'expérience professionnelle ou de niveau de formation fixées, en tant que de besoin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile. La réserve sanitaire comprend une réserve d'intervention et une réserve de renfort. Une des conséquences favorables de l'épisode « Pandémie grippale 2009 » est d'avoir fait connaître l'existence de cette réserve sanitaire puisque des volontaires ayant participé à la campagne de vaccination Grippe A H1N1 se sont fait enregistrer en 2010 dans cette réserve sanitaire.

Enfin, différents **plans d'organisation sanitaire** en cas de survenue d'évènements exceptionnels ou de crises sanitaires complètent le dispositif dont, à titre d'exemple, le plan anti dissémination dengue et chikungunya, le plan Variole, le plan Pandémie grippale …

Ces différents plans prévoient généralement des niveaux de risque et/ou d'action. Certains de ces niveaux correspondent à des périodes où seule la veille et la surveillance sont de mise. Certains niveaux correspondent à la gestion des premiers cas, généralement dans le cadre des dispositifs habituels de prise en charge de patients, certaines procédures pouvant être renforcées selon la nature du risque. Enfin, les niveaux supérieurs correspondent à des situations de tension du dispositif de prise en charge (ambulatoire et/ou hospitalier) et à la mise en œuvre de procédures plus ou moins dégradées dans les domaines de la surveillance et/ou de la prise en charge du fait d'une augmentation du nombre de cas suspects et de patients. Ils mobilisent des médicaments et produits de santé spécifiques participant de la réponse, pour partie pré positionnés à partir du stock national (PCD).

3 Objectifs

Comme annoncé en introduction, l'objectif du VAGUSAN décliné par l'ARS Paca est d'améliorer l'efficacité de la veille et des urgences sanitaires, en développant le signalement, en renforçant la qualité de réception et de traitement des signaux sanitaires, en poursuivant sa capacité à agir et réagir.
Le contenu du VAGUSAN est fortement encadré dans sa structuration, par le Guide méthodologique national qui prévoit 5 objectifs généraux :

1. Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale
2. Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes
3. Développer le signalement et améliorer sa qualité
4. Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires et des situations exceptionnelles
5. Développer la communication sur les urgences sanitaires

Cependant, les exposés et échanges tenus au sein du groupe de travail technique régional ont fait ressortir la volonté d'ouverture des actions vers les partenaires de l'ARS. Ainsi, dans ce cadre, les objectifs généraux ont été priorisés en privilégiant les axes visant à développer les signalements et la communication auprès des partenaires. Des objectifs spécifiques ont été définis pour chacun d'eux et sont présentés ci-après.

Les objectifs opérationnels feront l'objet de fiches actions.

3.1 Développer le signalement et améliorer sa qualité

Toute absence ou retard de signalement peut avoir des conséquences néfastes pour la sécurité sanitaire. Un signalement rapide peut permettre notamment d'éviter des cas secondaires et limiter ou empêcher l'extension d'une épidémie. On peut citer plusieurs exemples pratiques d'actions menées suite à des signalements.

- Signaler un cas de méningite à méningocoque permet à l'ARS de veiller à ce que les personnes qui ont été en contact avec la personne malade ont bénéficié de toute l'information nécessaire ainsi que des mesures de prophylaxie antibiotique (Avec le médecin , il y a un travail de recherche des cas contacts, d'information et de conseil personnalisés des personnes concernées et de leur entourage, des professionnels de santé, d'organisation de l'antibioprophylaxie, et dans certains cas de la vaccination).
- Déclarer un cas de légionellose permet à l'ARS d'en rechercher les causes (les principales sources de contamination étant les circuits de distribution d'eau chaude, les systèmes de climatisation, les tours aéroréfrigérantes, les circuits de refroidissement industriel, les eaux thermales, les bassins et fontaines) et de les corriger pour éviter que d'autres personnes ne soient contaminées.
- Signaler à l'ARS tout cas suspect de dengue et de chikungunya est essentiel pour permettre d'éviter, qu'au contact des vecteurs, d'autres personnes soient à leur tour touchées.
- Signaler la survenue plusieurs cas d'infection liés à des germes multi résistants dans un établissement de santé est indispensable pour pouvoir s'assurer que les mesures d'hygiène et de protection des autres patients sont assurées et pour éviter que d'autres établissements ne soient concernés.
- Signaler tout événement sanitaire inhabituel permettant de mettre en place les actions de prise en charge des patients et de contrôle ainsi que d'investigation. L'exemple de la survenue de syndromes collectifs inexpliqués (parmi lesquels on retrouve les syndromes des bâtiments malsains), pour lesquels un nombre non négligeable de ces phénomènes ne trouve pas d'explication fondée sur une interaction simple entre environnement physicochimique et processus biologique, montre l'intérêt d'un signalement rapide permettant une coordination rapide des intervenants et une démarche précoce d'investigation.

Ainsi, il faut développer la culture du signalement en particulier au sein des professionnels de santé libéraux et hospitaliers. Pour cela, il est nécessaire de favoriser la notion d'appartenance à un réseau, avec des objectifs de santé publique, mais aussi de structurer les dispositifs de surveillance et les adapter pour assurer une bonne réactivité et qualité d'information collectée. Par ailleurs, il faut viser à faciliter en pratique la démarche et pour cela agir sur les outils en les améliorant et les simplifiant.

Les actions proposées sont ainsi orientées sur les quatre axes de travail suivant.

3.1.1 Fédérer les partenaires

Plusieurs actions seront développées :

- Formaliser des partenariats avec les professionnels de santé libéraux et avec les institutionnels et collectifs, notamment la DRAAF ; l'Education nationale, les Universités, la DREAL, la DIRECTTE, les DDPP, les conseils généraux, les mairies, les ordres professionnels, l'URPS, les associations, les réseaux sentinelles de citoyens…afin de favoriser les partenariats et échanges rapides d'information ;
- Développer les relais de compétences : il s'agit ici de s'appuyer sur les corps intermédiaires de professionnels de santé pouvant jouer un rôle moteur de transmission de connaissance et de sensibilisation, qu'ils soient institutionnels (Education nationale, PMI…) ou non (Melière, Gepie, Grog…)
- Favoriser la création de réseaux (médecine du travail…) ou s'appuyer sur des réseaux « métiers » : EHPAD, réanimateurs, maisons médicales, urgentistes, SOS, laboratoires d'analyses et laboratoires et instituts de recherche, infectiologues, professionnels de soins des UCSA …
- Développer des partenariats spécifiques avec notamment le futur Institut hospitalo-universitaire sur les maladies infectieuses à Marseille (IHU), afin de détecter précocement des signaux infectieux.

3.1.2 Adapter les systèmes de surveillance et en développer de nouveaux

Il s'agit ici de disposer d'outils de surveillance performants et adaptables permettant de détecter précocement des événements de santé pouvant représenter une menace pour la santé publique, mais aussi de fournir un état de la situation sanitaire en cas d'alerte. On retrouve différentes actions comme :

- Développer et adapter des dispositifs de surveillance et de gestion pour répondre aux émergences ou réémergences (arbovirose, infections nosocomiales) ; à ce titre, la surveillance des IRA et des GEA sera élargie aux établissements pour handicapés ;
- Renforcer les dispositifs non spécifiques : ce renforcement portera d'une part sur un élargissement des partenaires participant au dispositif en intégrant les maisons médicales pluridisciplinaires et les associations de médecine d'urgence libérale (venant compléter l'intégration déjà effective des associations SOS médecins) et, d'autre part, par l'enrichissement des informations collectées) ;
- Renforcer nos capacités de diagnostic pour mieux repérer et prendre en charge les pathologies pour lesquelles aucune étiologie n'a été retrouvée (exemple les encéphalites fébriles pour lesquelles 50% ne sont pas étiquetées) ;
- Favoriser l'approche populationnelle et territoriale pour détecter des incidences particulières de pathologies dans des zones et des groupes cibles (détenus, migrants, SDF, zones industrielles, etc.).

3.1.3 Améliorer et simplifier les outils de signalements

Il s'agit ici de rendre plus simple et pratique les modalités de signalement notamment aux professionnels de santé. Parmi les actions retenues :

- Proposer un lieu unique (Internet) centralisant les informations sur une maladie ou une exposition et les modalités de signalement (portail accessible à partir du site de l'ARS)
- Accuser réception des signalements : une partie importante des signalements fait l'objet d'investigations complémentaires et donc d'appels aux déclarants. Néanmoins pour toutes autres, il pourrait facilement être mis en place un envoi systématique d'accusé réception qui confirmerait à l'envoyeur la bonne réception de son signalement.
- Garantir la confidentialité des recueils d'informations conformément à la réglementation et informer sur l'accès aux données médicales dans le cadre des enquêtes épidémiologiques. Les médecins et laboratoires déclarants sont soucieux du respect du secret médical d'une part mais semblent peu familier avec les levées du secret médical dans le cadre des investigations épidémiologiques. Un point sur la réglementation sur ce sujet (voir annexe 6) devra être diffusé largement pour informer et rassurer les déclarants.
- Simplifier et adapter les fiches de déclaration des MDO, en particulier en cas d'alerte. Les fiches de notifications font l'objet d'un arrêté et d'un avis CNIL. De ce fait, toute modification ne peut que s'avérer complexe et longue à obtenir. Néanmoins, la dématérialisation (à venir, voir ci-dessous) ne peut qu'aider à plus de souplesse. Il est essentiel pour faciliter le signalement et en améliorer la qualité que tous les renseignements demandés soient pertinents.
- Dématérialiser les MDO. La dématérialisation des notifications apparaît comme un élément de simplification important permettant de faciliter le signalement par les patriciens. Malheureusement, à courte échéance, seuls les signalements des infections nosocomiales pourraient bénéficier d'une dématérialisation (début 2012). Dans le cadre des actions du PRS, il conviendrait de participer aux études pilotes et, au moins, de faire part de ce souhait aux responsables du ministère de la santé et de l'InVS.
- Poursuivre et amplifier la dématérialisation des certificats de décès en particulier dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux pour en améliorer la qualité et la rapidité de transmission.

3.1.4 Améliorer la qualité du signalement en vue d'une meilleure gestion

Les actions de cet axe recoupent celles des axes précédents mais sa mise en avant constitue une volonté de marquer l'importance de l'amélioration de la qualité des signaux transmis.

- Améliorer la qualité du signalement des risques émergents provenant des pôles de recherche et/ou de références (laboratoires de microbiologie, services d'infectiologie…).
- Améliorer la réponse aux événements inhabituels avec mise en place de procédures de réponses adaptées basées sur des intervenants « référents » dans le domaine.
- Les CPOM signés avec les Maisons de santé pluridisciplinaires prendront en compte la composante veille sanitaire. Cet élément fera partie des critères de qualité.
- Pour les infections nosocomiales, il est proposé de constituer un groupe d'experts en microbiologique, épidémiologique et hygiénique au niveau de la région PACA assisté par des responsables de laboratoires de microbiologie publics et privés ainsi que des hygiénistes hospitaliers représentatifs des différents types d'établissement de soins de la région en vue de
  - l'élaboration et la mise à jour d'une liste d'évènements sentinelles devant faire l'objet d'un signalement et de protocoles de confirmation de l'existence du caractère de résistance ou de virulence à réaliser par le laboratoire local ou par un laboratoire de référence régional ou national ;
  - l'établissement de protocoles de dépistage des colonisations, de contrôle et de prévention ainsi que de surveillance.

3.2 Développer la communication sur les urgences sanitaires

Dans le domaine de la Veille et la sécurité sanitaire, la communication est partie liée à la gestion.
En période de crise, les actions de gestion devront s'accompagner d'une communication compréhensible et transparente.
Cette communication devra s'appuyer sur des bases techniques solides. Elle devra aussi être portée par des porte-paroles légitimes et reconnus par leurs pairs en fonction des thématiques.

Principes :

- La communication vers les cibles est à moduler suivant les profils : médecins libéraux, hospitaliers, établissements de santé, élus, représentants d'usagers, jeunes, etc.
- L'information doit avoir une présentation adaptée à la cible ; par exemple, un travail en focus groups avec les professionnels concernés pourrait être un instrument utile.
- L'utilisation de relais dédiés est préconisée, que ce soit en interne (les responsables de proximité) en externe (les associations, municipalités, URPS, conseil de l'ordre).

Objectifs :

- Faire connaître les missions de veille et d'alerte de l'ARS.
- Faire connaître les principaux risques sanitaires dans notre région.
- Faire connaître les modalités de réponse (le signalement pour les PS, les premiers gestes pour le grand public).
- « Coller » à l'actualité et informer les cibles.
- Informer en temps réel en cas de crise.

3.2.1 Communication à l'attention des professionnels de santé et institutionnels

Principes

- La communication auprès des professionnels de santé devra s'attacher plus particulièrement à faire « entrer dans la boucle » les libéraux.
- Un effort sera fait afin de fournir l'information au bon moment avec modulation éventuelle en phase d'épidémie et aussi répondre aux une attentes des déclarants en lui fournissant une information qui présente de l'intérêt et une utilité dans sa pratique professionnelle ;
- La plateforme régionale de réception des appels cherchera à mieux se faire connaître avec des exemples pratiques et en précisant « Quoi déclarer » ;
- Une amélioration de la rétro-information aux signalant (qualité, rapidité) sera recherchée.

Objectifs

- Faire remonter les signalements, à bon escient.
- Envoyer des alertes de manière rapide et efficace.

Démarches stratégiques

- Faire preuve de pédagogie sur le signalement : faire comprendre son fonctionnement.
- Expliquer de façon pratico-pratique les procédures de signalements.
- Interpeler les PS dans une préoccupation de santé publique : en quoi le signalement améliore la santé de leur patient et plus largement de la population.

Exemples d'actions

- Informer sur les risques et la VSS
  - Site internet
  - Papiers : Bulletins de veille sanitaire, veille-hebdo
  - Journées spécifiques régionales thématiques
  - Mise sur site des liens avec les autres sites partenaires (CG, CPAM, mairies)
  - Mise en ligne de bilans d'activité (CLAT, CIDAG, CPAM)
  - Communications régulières dans la presse,
  - Utiliser les publications des partenaires pour transmettre les informations (URPS, médecins Martigues, communications ORU, Sociétés savantes…)

Des comités de pilotage régionaux visant à assurer une coordination des action et de la communication seront mis en place sur les thèmes qui le nécessiteront (vaccination, lutte contre dengue et chikungunya, lutte contre les épidémies à germes multi-résistants…).

- Informer les partenaires lors d'une alerte ou d'une crise en temps réel
  - Information téléphonique, SMS, mails sous réserve de disposer de répertoire des coordonnées des professionnels de santé pour diffusion d'informations ciblées ;
  - Communications presse, radio et TV.

- Prise de contact avec les web masters des établissements de santé pour diffuser informations ou alertes via leur Intranet.

3.2.2 Communication grand public

Principes

- Le public est une cible nouvelle dans la communication sur les risques sanitaires. Les communications en temps de crise ont marqué les esprits (ex grippe, chikungunya, dengue,…). Il faudra veiller à maîtriser une information sanitaire potentiellement anxiogène et à conserver notre « capital confiance ».
- Elle s'appuie sur les relais classiques (médias, site internet, réseaux sociaux) et sur des actions de proximité en lien avec les acteurs de la prévention (professionnels de santé, professionnels de l'éducation à la santé, service civique, etc.…).
- Des communications spécifiques seront réalisées afin préparer la population à adopter des comportements adaptés aux crises sanitaires, susceptibles de durer et lui permettre d'adhérer aux actions qui sont proposées.

Objectifs

- Informer la population sur les risques sanitaires spécifiques à notre région
- Favoriser l'appropriation des bons réflexes (premiers gestes et mesures de protection, orientation dans le système de santé le cas échéants).

Démarches stratégiques

- Valoriser l'action sensibilisation à la VSS en termes de santé publique : qu'avons-nous à gagner à être vigilants ?
- Expliquer de façon simple et pédagogique les mesures à adopter.
- Rassurer sur la capacité du système de santé à faire face aux urgences et crises sanitaires.

Exemples d'action

- Conférences de presse.
- Mobilisation des réseaux sociaux.
- Simulations vidéos sur le web.
- Actions d'éducation à la santé dans les écoles, les associations, les centres culturels, etc.

3.2.3 Communication interne ARS

Principes

- La veille et la sécurité sanitaire est l'affaire de tous
- Chaque agent peut être interpellé en période de tension ou de crise sanitaire par son entourage, l'agence doit veiller à ce que tous les agents soient informés des situations de crises, des procédures internes et des réponses sanitaires.
- Les cadres de proximité peuvent avoir un rôle à jouer pour désigner dans leurs services les personnels qui pourraient être formés à fournir une réponse de premier niveau aux sollicitations externes.

Objectifs

- Informer les agents sur les risques sanitaires spécifiques à notre région.
- Favoriser l'appropriation des bonnes réflexes (premiers gestes et mesures de protection, orientation dans le système de santé le cas échéants).
- Permettre aux agents de répondre aux sollicitations externes.

Démarche stratégique

- Information par les canaux de communication internes
- Formation aux premiers gestes (cf premier secours).

Exemples d'actions

- Sites Intranet
- Notre ARS
- Envoie d'info factuelles par messageries : ARS-13 alerte, ARS-PACA-VSS…ARS-PACA-CIRE
- Bulletin hebdomadaire VSS (veille boîte mail : ARS13-alerte + veille SI : Orages)
- Bulletin épidémiologique Cire
- Collèges métier VSS pour développer la culture VSS avec participation d'un IGS ou d'un membre de PPS selon la thématique, Collège médecins et infirmières
- S'appuyer sur les RH (relais managers et session de formation).

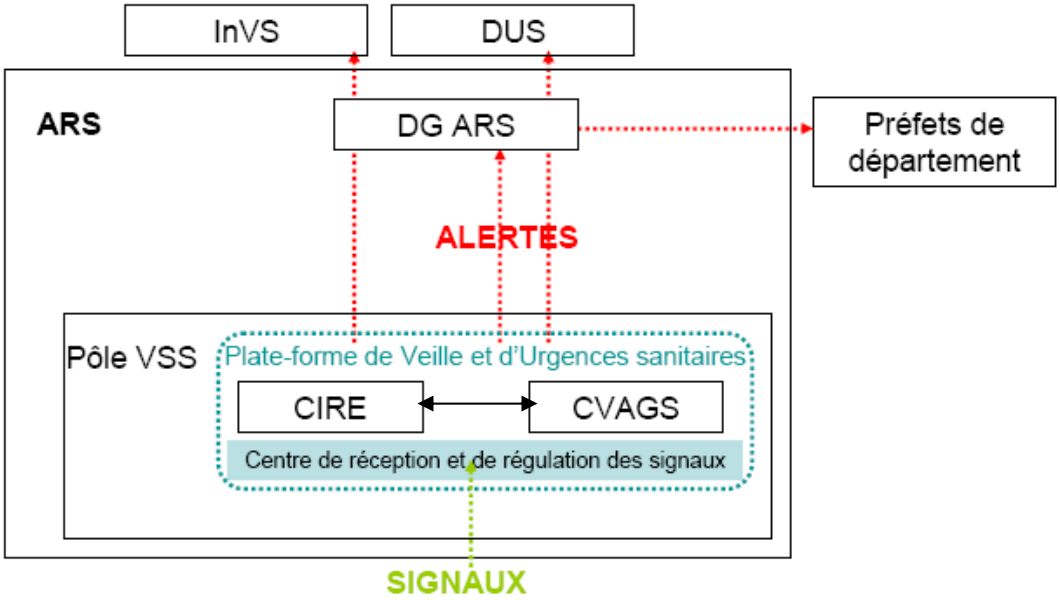
3.3 Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale

3.3.1 Principes

Le principe recommandé au plan national et repris en Paca sera poursuivi avec le développement d'un dispositif de veille et de sécurité sanitaire et environnementale articulé, au niveau régional, autour d'une plateforme fonctionnelle de veille et d'urgences sanitaires regroupant la CVAGS et la Cire.

Ce dispositif centralisé doit permettre d'améliorer l'efficacité de la veille et de la réponse aux urgences sanitaires en renforçant la qualité de réception et de traitement des signaux, grâce à :

- une identification et professionnalisation des personnes en charge de la veille ;
- une continuité de la réception et du traitement des signaux dans le temps ;
- un appui permanent de l'InVS pour l'évaluation et l'investigation ;
- un appui permanent du DUS de la DGS pour la gestion.



Pour organiser la veille sanitaire en région, en particulier de la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire, les actions initiées seront poursuivies en améliorant :

- l'articulation entre la CVAGS et la Cire ;
- l'articulation entre les différents niveaux de l'ARS (siège régional - Délégations territoriales) et les différents départements au sein du siège, les Préfets de départements et de zone et le niveau national (DGS, InVS…) ;
- l'organisation en cas d'alerte.

La répartition des rôles entre CVAGS et Cire est déterminée par la note du 20 avril 2010 du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGM) relative à la veille et aux urgences sanitaires dans les ARS[8].

Au sein de la plate-forme, la CVAGS :

- assure la réception de l'ensemble des signaux : signalements d'évènements (y compris Maladies à déclaration obligatoire) et signaux issus des différents systèmes de surveillance ;
- vérifie, valide les signaux et les transmet au directeur général de l'ARS avec le soutien et l'expertise de la Cire pour leur évaluation, en particulier, dans les situations non protocolisées ;
- assure la gestion des signalements selon les procédures en vigueur ;
- prépare les outils de gestion des situations urgentes (conduites à tenir, fiches réflexes notamment) ;
- assure au besoin le lien avec l'administration centrale et, au besoin, avec le niveau zonal dans le cadre de la gestion des alertes.

En lien avec la Cellule régionale de défense et de sécurité (CRDS), l'équipe de la CVAGS apporte son appui à la préparation des plans (pandémie, NRBC, plans blancs élargis…) ;

[8] Note interministérielle du 20 avril 2010 ayant pour objet les principes d'organisation et de fonctionnement de la veille et de la gestion des urgences sanitaires dans les ARS

Pour sa part, la Cire :

- est destinataire de l'ensemble des signaux reçus par la CVAGS ;
- peut contribuer à la validation des signaux à la demande de la CVAGS ;
- garantit l'évaluation des situations qui le nécessitent sur sollicitation de la CVAGS ou par auto saisine ;
- prépare les outils d'investigation des signaux et d'analyse du risque (conduites à tenir, fiches réflexes notamment) ;
- effectue l'analyse des données issues des systèmes de surveillance de l'InVS régionalisés et transmets à la CVAGS les alertes qui en sont issues ;
- assure le lien avec les départements scientifiques de l'InVS, en tant que de besoin, dans le cadre de l'évaluation des menaces.

3.3.2 Evolution de l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire en PACA

Tout en respectant les principes édictés dans la note du 20 avril 2010, l'ARS PACA doit tenir compte des contraintes géographiques propres à la région et de la collaboration étroite existante avec l'équipe de la CRDS.

Afin de définir les modalités de réception, d'analyse et de gestion des signaux et des alertes dans la région, le directeur de l'ARS a mandaté un groupe de travail. Celui-ci a rendu ses travaux en avril 2010. Les conclusions de ce groupe ont fait l'objet d'une note du directeur (PJ).

Il prévoit des modalités adaptées suivant les types de signaux. Le recentrage vers le point focal concernera

- les signalements secondaires concernant les Vigilances
- les signalements d'Infections nosocomiales ;
- les signalements d'Evènements indésirables graves liés à des soins ;
- les signalements de Maladies à déclaration obligatoire ;
- les signalements de Maladies infectieuses autres que les maladies à déclaration obligatoire ;
- les signalements de Risques infectieux en établissements médico-sociaux ;
- les signalements d'autres maladies ;
- les signalements en lien avec l'application du RSI.

Concernant les autres types de signaux (cf ci-dessous), les points d'entrée actuels sont maintenus :

- Produits de santé défectueux (autres que ceux traités dans le cadre des vigilances) ;
- Evènements indésirables et situations exceptionnelles ou dramatiques affectant la santé des personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux ;
- Surveillance de la qualité des facteurs environnementaux ;
- Situations affectant l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé ;
- Situations affectant l'organisation et le fonctionnement des établissements médico-sociaux ;
- Fugues des patients hospitalisés sous contrainte.

Les modalités opérationnelles de mise en œuvre seront définies d'ici la fin de l'année 2011, tenant compte des moyens (humains, logistiques, en système d'information) à disposition au sein de l'ARS avec rédaction de fiche spécifique pour chaque famille homogène de signalement.

3.4 Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes

L'homogénéisation du dispositif de veille sanitaire et de traitement des alertes dans la région implique :

- l'utilisation de référentiels (nationaux ou régionaux) et de procédures ;
- la mise à disposition d'outils communs à l'ensemble du personnel en charge de la veille sanitaire et du traitement des alertes à l'ARS (siège et DT) pour les heures ouvrées et non ouvrées ;
- la formation du personnel en charge de la veille sanitaire et du traitement des alertes à l'ARS (siège et DT) sur les référentiels, les procédures et les outils.

3.4.1 Référentiel du traitement des signaux – Cadre conceptuel

Ce référentiel est extrait du rapport « La veille et l'alerte sanitaires en France » rédigé par l'InVS[9] et actualisé en 2011.

3.4.1.1 Principe

La prise en compte des risques sanitaires s'appuie sur une organisation de la veille sanitaire incluant :

- des systèmes de surveillance qui reposent sur la collecte régulière d'information structurée avec productions d'indicateurs définis a priori ;
- un dispositif de veille permettant le recueil et l'analyse de signaux divers.

Les systèmes de surveillance s'adressent aux risques connus, identifiés comme prioritaires. il peut s'agir d'indicateurs produits par un système de surveillance ou d'alerte, y compris les vigilances, collectant des données soit sur l'état de santé d'une population, soit sur des milieux de vie ou des produits.

Le dispositif de veille permet le recueil d'évènements inhabituels de santé pouvant représenter une menace pour la santé publique et non pris en compte par les systèmes de surveillance reposant sur la collecte d'indicateurs. Il peut aussi s'agir d'évènements de toute nature ou origine, associés à une menace pour la santé publique.

3.4.1.2 Objectif

L'objectif est de permettre une réponse rapide sous forme d'actions basées sur les évidences scientifiques et destinées à limiter l'impact de la menace détectée sur la santé des groupes de population concernés.

Pour cela une articulation entre la veille, l'alerte et la gestion est indispensable. Cette articulation implique la mise en place d'une organisation et de procédures standardisées comprenant les actions suivantes :

- recueil de signaux de différentes natures ;
- vérification d'informations ;
- analyse de données sanitaires et/ou environnementales ;
- mise en œuvre de moyens de diagnostic étiologique ;

[9] La veille et l'alerte sanitaires en France. InVS. 2011.

- investigation des situations, notamment d'épisodes épidémiques ;
- transmission de messages d'alerte au niveau adapté ;
- mise en place de mesures de gestion ;
- évaluation, notamment sous la forme de retour d'expérience.

Le système organise, en routine, les échanges entre les différents acteurs concernés et/ou issus de professions ou d'institutions différentes dans le but de faciliter l'ensemble des actions de santé publique.

Au-delà de son objectif premier, ce dispositif doit être articulé avec celui de la promotion de la santé publique.

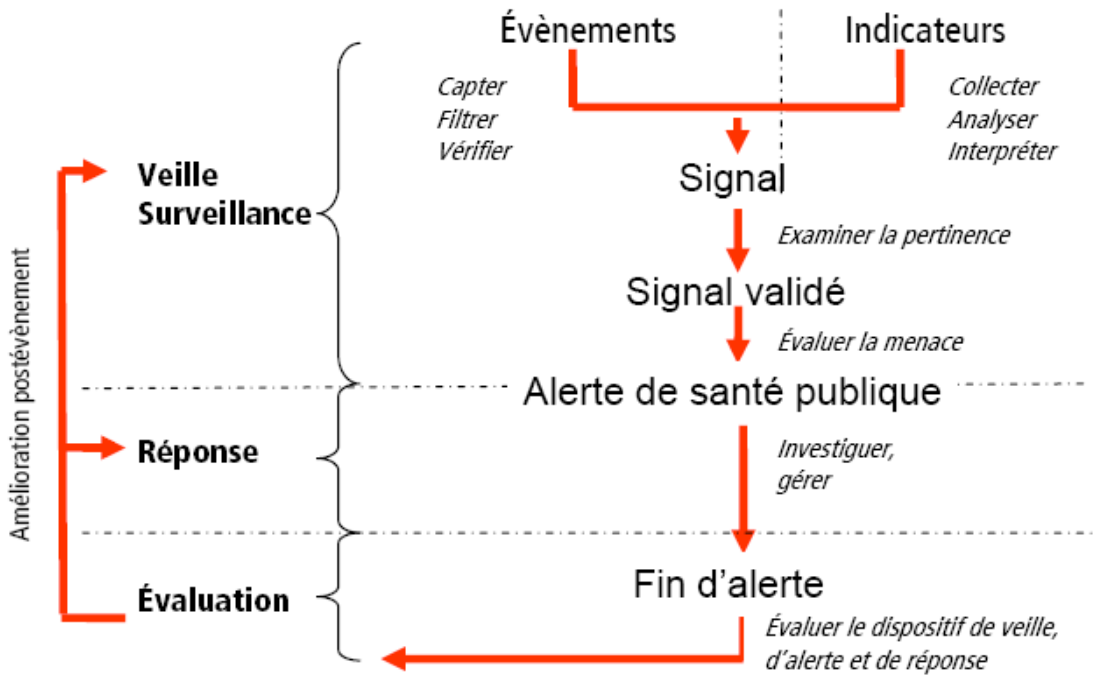
Le cadre conceptuel (Figure 1) expose les principales étapes de la veille sanitaire dans le but de les analyser de manière générique. Ces étapes correspondent dans la réalité à des situations complexes pour lesquelles des jugements nuancés devront être portés en prenant en compte plusieurs types de paramètres.

Les définitions relatives au cadre conceptuel sont données en annexe 7.

Le schéma comporte deux entrées :

- les évènements de santé ;
- les indicateurs.

Figure 1 – Cadre conceptuel des activités de veille, d'alerte et de réponse



3.4.1.3 Fonctionnement

Les trois étapes de la veille sanitaire pour le déclenchement de l'alerte sont :

- la réception des signaux (évènement ou indicateur) ;
- la validation des signaux (vérification de l'existence de l'évènement ET examen de la pertinence d'un signal) ;
- l'évaluation de la menace et le déclenchement de l'alerte.

Suite au déclenchement d'une alerte, l'évènement sort du champ de la veille pour entrer dans le champ de la réponse qui comprend deux démarches interactives : mise en place de mesures de gestion et investigations complémentaires.

Réception des signaux

La qualité des informations recueillies dès cette étape est gage de la qualité et de l'adaptation des réponses ultérieures.

Pour la réception des signaux d'évènements, elle nécessite un recueil systématisé s'appuyant sur un support informatisé. Aucun appel ne doit être perdu, ce qui nécessite une continuité de la réponse 24 heures/24 et 7 jours/7. Pour les signaux émanant des systèmes de surveillance, une analyse régulière des données est nécessaire avec un rythme adapté en fonction des caractéristiques de la maladie.

Validation des signaux

Cette étape concerne le signalement des évènements qui génère une grande quantité de signaux hétérogènes de par leur nature, leur origine et leur qualité mais s'applique tout autant à la surveillance des indicateurs.

L'étape de validation inclut :

- une première étape de vérification du signal qui consiste à confirmer l'existence de l'évènement ou la découverte d'une variation de l'indicateur à l'origine du signalement et à recouper les informations par d'autres sources (confirmation de critères de définition de cas ou mesure d'une exposition par d'autres méthodes, par exemple).
- une deuxième étape de filtrage des signaux qui élimine les signaux non pertinents comme signaux sanitaires car hors champ de la santé publique (maladie animale non transmissible à l'homme, par exemple).

Évaluation de la menace et déclenchement de l'alerte

Un signal, même validé, ne représente pas toujours une alerte au sens d'une menace pour la santé des populations. Cette menace potentielle doit être évaluée et sa portée régionale, nationale ou internationale caractérisée pour adapter les mesures de gestion de l'évènement.

Les différents critères d'évaluation d'une menace en santé publique sont donnés en annexe 8.

Dès que la menace est confirmée, l'alerte doit être déclenchée par l'ARS auprès des autorités compétentes pour agir. La portée de l'alerte conditionne le niveau de diffusion de l'information.

De l'alerte à la réponse : investigation et mesures de gestion

Dans le cas où l'alerte est validée, il convient d'organiser le passage de la veille à la réponse qui comprend deux étapes à réaliser simultanément : l'investigation complémentaire et la mise en œuvre de mesures de gestion.

L'investigation complémentaire a pour but de décrire et d'analyser le plus précisément possible la situation. Ses conclusions permettent de mieux cibler les mesures de gestion appropriées pour réduire l'impact de l'alerte.

Les mesures de gestion peuvent être prises ou adaptées à tout moment du processus : dès suspicion de la menace, lors de la validation de l'alerte et tout au long des investigations.

3.4.2 Axe de développements d'outils

3.4.2.1 Outils

➢ **Portail de veille – Orages**

La formalisation et de la structuration de la plateforme de réception des signaux s'appuie sur la disponibilité d'outils, parmi lesquels le « Portail de veille régional » facilitant le traitement et le partage des informations. L'organisation mise en place autour du Portail de veille doit permettre :

- l'administration du contenu de ce portail,
- la prise en compte des remarques des utilisateurs (références des bugs et des souhaits d'évolution),
- la mise à disposition d'un guide des bonnes pratiques et d'un guide d'utilisation de l'outil.

L'administration du portail de veille (et d'Orages) est assurée par la Cire Sud et les CVAGS Paca et Corse. En complément, un administrateur devra être désigné dans chaque DT. La Cire Sud est chargé de centraliser les bugs constatés par les utilisateurs et leurs souhaits d'évolution.

Un groupe de travail interrégional Paca-Corse a été créé afin d'échanger sur l'outil et pour prioriser les demandes d'évolution. Ce groupe devra se réunir 2 à 3 fois par an. Des échanges plus fréquents devront être organisés au sein de la VSS afin de compléter et mettre à jour le guide des bonnes pratiques.

Un comité des utilisateurs des régions utilisatrices de l'outil (16 à ce jour) se réunit régulièrement pour discuter des évolutions sur l'utilisation et sur les fonctionnalités de l'outil.

Un guide d'utilisation du Portail de veille et un guide des bonnes pratiques Orages sont mis à disposition des utilisateurs. Le guide des bonnes pratiques aborde :

- les différents droits d'accès ;
- les règles de nommage et de remplissage des fiches ;
- la notion de confidentialité (chaque utilisateur d'Orages doit signer une charte d'utilisation) ;
- le périmètre d'utilisation de l'application ;
- les différentes étapes du traitement d'un signal ;
- le classement des signaux validés en alerte (présentation pratique de la démarche en complément du simple cadre conceptuel) ;
- les situations particulières ou complexes.

Un groupe de travail national s'inscrivant dans la mise en place du schéma directeur des systèmes d'information a établi et décrit les principales fonctions nécessaires à la gestion de la VSS en ARS.

Deux axes principaux sont à ce jour proposés :

- faire évoluer Orages comme outil central de gestion de la VSS dans toutes ses composantes,
- le rendre interopérable avec les systèmes d'information existants (voir annexes).

➢ **Elaboration des Procédures**

Par lettre de mission du 23 octobre 2010, le DG de l'ARS a décidé l'élaboration d'un Guide des procédures, considérant qu'il s'agit d'une nécessité et d'une priorité pour l'agence.

L'objectif est de disposer d'une description des procédures simple, pragmatique et permettant à chacun de mieux mener ses activités et connaître son rôle.

L'ensemble des procédures est destiné à être formalisé sous un format unique comportant notamment un logigramme Bizagi ®. L'accès se fera via un portail unique interne à l'ARS. Une priorisation dans l'élaboration de ces procédures est à établir dans chaque domaine.

Pour faire face aux situations exceptionnelles et urgences sanitaires (incluant la gestion des hospitalisations sans consentement), les procédures, fiches réflexes et conduites à tenir, seront établies ou mises à jour et mises à la disposition des agents en charge de ces questions.

3.4.2.2 Formations

Le développement d'un véritable programme de formation adapté à la veille et sécurité sanitaire sera élaboré tant en interne qu'en externe.

Ainsi en interne, plusieurs initiatives seront poursuivies ou renforcées telles :

- les réunions d'échanges et de pratiques professionnelles (REPP) qui permettent à tous les membres de l'ARS dont l'activité est en lien avec la veille sanitaire d'échanger leurs expériences et améliorer et harmoniser les actions,
- les collèges métiers qui viseront à renforcer les procédures harmonisées et proposer les actions de formation,
- les sessions de formations des personnels de la veille sanitaire et de toutes celles et tous ceux qui sont amenés à réaliser des astreintes, tant sur les outils (utilisation d'Orages, élaboration de procédures) que sur les problématiques spécifiques (légionellose, entomologie…).

En externe, la participation aux séminaires et colloques devra être établi comme une priorité pour les personnels. Ceux-ci devant faire face à des pathologies et expositions en constante évolution, il s'avère essentiel de maintenir une professionnalisation et une forte compétence des équipes. De même, la professionnalisation passe par des échanges externes avec un large réseau de santé publique. Tout ceci nécessite une véritable politique et stratégie de formation incluant la participation aux colloques et séminaires.

3.5 Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires et des situations exceptionnelles

3.5.1 Hors situation de crise

L'organisation territoriale retenue au sein de l'ARS recherche un équilibre entre mutualisation interdépartementale et présence au plus près de l'événement pour assurer une gestion des situations d'urgence sanitaire la plus optimale possible. Afin d'améliorer l'opérationnalité des équipes des délégations territoriales et du siège de l'ARS mais également afin de renforcer les nécessaires liens avec les partenaires en charge de la gestion de ces situations d'urgences des actions seront développées selon les trois axes suivants :

Assurer une homogénéité de procédures et des outils de gestion :

- Elaborer des procédures communes dans la région, accessibles par tous, modifiables facilement avec accès unique (portail Procédures). La mise à disposition d'outils de gestion partagés facilitera la mutualisation régionale et contribuera à renforcer la gestion interdépartementale en cas d'urgence sanitaire.
- Renforcer les possibilités d'échanges de pratiques (utilisation de vidéoconférence).
- Systématiser la saisie des signalements sur le serveur « Orages » et réalisation par ce biais de bilan épidémiologiques et d'analyse des pratiques. L'utilisation de la main courante annexée à l'outil « Orages » pour y inscrire les étapes de la gestion de l'événement sera privilégiée.

- Les signaux environnementaux présentent des spécificités qui obligent à un tri préalable avant leur remontée à la plateforme régionale afin d'éviter son engorgement. Pour ce faire, le maintien de la capacité de traitement des signaux au niveau départemental apparaît nécessaire en termes d'efficacité et de sécurité. Ces signaux continueront d'être majoritairement réceptionnés, évalués, validés et traités en DT qui ont la charge d'assurer au plus près la surveillance des facteurs environnementaux. L'harmonisation des procédures sera activement poursuivie. Seuls les signaux inscrits sur une liste positive seront saisis dans « Orages ». En fonction de l'importance du signal et de son enjeu, il fera en outre l'objet d'un signalement immédiat via ARS13 Alerte. L'information sur les signaux de routine ou correspondant à des risques sanitaires à cinétique lente sera assurée à intervalles réguliers par des bilans ou des synthèses.

Améliorer les outils de gestion :

- Faire évoluer les outils afin que, de simple outils d'enregistrement des signalements, ils deviennent des aides à la gestion (par exemple, en situation de signalement de cas de rougeole, intégrer les points particulier à prendre en compte comme la survenue de cas en collectivité, de population à risque particulier, de survenue de cas chez des professionnels de santé …).
- Emettre automatiquement les fiches de notification ou les fiches de liaison à partir des outils d'investigation (TIAC, Chikungunya, Dengue).
- Améliorer l'information du signalant et des partenaires concernés par l'événement et par sa gestion par l'envoi par messagerie électronique de points de situation périodiques (exportation de tout ou partie de la main courante).
- Développer des outils d'information rapide sur la survenue d'un événement et sur sa gestion avec notamment les professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, biologistes …).

Elaborer des bilans régionalisés réguliers de la gestion des évènements sanitaires :

- Procéder à des analyses et des synthèses régulières des principaux types de signaux et alertes
- Partager régulièrement avec tous les partenaires les bilans et retours d'expérience en fin de gestion des évènements.

3.5.2 Préparation et gestion des situations exceptionnelles

Afin de faire face au mieux à la survenue de situations exceptionnelles voire de crises sanitaires, l'accent sera mis sur l'anticipation et sur la préparation à la survenue de tels évènements. Les outils de gestion mis en place au quotidien seront privilégiés et dans la mesure du possible renforcés. En situation exceptionnelle, l'ARS Paca s'organise pour assurer un appui aux équipes opérationnelles en gréant des cellules d'appui départementales au sein des délégations territoriales et/ou la cellule régionale d'appui et/ou par la cellule zonale d'appui. La cellule régionale d'appui est initialement mise en œuvre par l'équipe de la CRDS appuyée en tant que de besoin par l'équipe de la CVAGS. Selon la nature de l'événement (ampleur, durée …) les effectifs seront renforcés par les autres services et directions de l'ARS Paca.

Les principaux axes de travail retenus dans le cadre de la préparation à la gestion de situations exceptionnelles sont les suivants :

- Développer des fiches opérationnelles dans les plans blancs d'établissements sanitaires et des plans bleus des établissements médico-sociaux.
- Développer des exercices afin de faire vivre ces plans et se doter d'une véritable politique d'exercices « Santé ».
- Développer des outils de connaissance des disponibilités opérationnelles de prise en charge hospitalière en situation exceptionnelle (articulation du Plan blanc élargi et du Répertoire opérationnel des ressources mis en œuvre dans la région par l'ORU-Paca).

- Harmoniser des plans blancs élargis départementaux et constituer une base de données régionales et opérationnelles (ébauche d'un plan blanc élargi régional). Inscrire ces PBE dans le cadre du dispositif ORSEC (départemental et zonal) en tant que volet sanitaire de la réponse.
- Relancer la formation zonale et locale des acteurs du champ sanitaire sur les risques NRBC, menaces et crises sanitaires et intégrer le thème spécifique santé dans les formations sécurité civile.
- Inciter les établissements de santé à élaborer leur plan local de lutte contre une épidémie et développer un plan régional de lutte contre les épidémies.
- Dans le même esprit, constituer l'ébauche d'une harmonisation zonale des bases de données régionales et partager un système d'information géographique. En effet, en situation de crise, le pilotage des dispositifs de l'Etat est assuré par le représentant de l'Etat du département lorsque l'événement ne concerne qu'un département, et par la préfet de zone si plusieurs départements sont concernés par l'événement. Si l'échelon régional n'existe pas, en termes de gestion de crise, dans l'organisation territoriale de l'Etat, l'organisation régionale sanitaire dont l'ARS est le garant doit trouver les moyens de se mettre à la disposition des représentants de l'Etat conformément aux protocoles signés avec ces derniers.
- Développer une organisation qui prenne en compte les moyens nécessaires à la protection et à la prise en charge sanitaire des populations en dehors des établissements de santé et les établissements médico-sociaux en cas de situation exceptionnelle ou en cas de crise, en associant les acteurs sanitaires (professionnels libéraux et salariés) et extra-sanitaires (information, organisation logistique en cas de distribution de produits de santé en population, mise en œuvre de structures ad' hoc de vaccination de grande ampleur …).

4 Modalités d'évaluation

Des indicateurs d'évaluation sont définis dans chacune des 11 fiches action déclinant les objectifs du Vagusan.

5 Conclusion

Du fait des changements épidémiologiques récents dans la région et des modifications institutionnelles importantes, l'élaboration du VAGUSAN constitue une opportunité pour adapter la veille et la sécurité sanitaire au nouveau contexte en impliquant l'ensemble des partenaires dans ce domaine. L'ouverture vers l'extérieur constitue un point fort de ce schéma.

Grace au travail de tous les membres du groupe de travail (qu'ils en soient tous remerciés), dans un délai très court, le présent document a pu être élaboré. Il présente un état des lieux de la situation actuelle en dégageant les voies de progrès. Sur cette base et à partir des cinq axes donnés par le guide méthodologique national, les objectifs relativement détaillés sont définis. Ils concernent l'organisation interne de l'ARS mais aussi et surtout les modalités de collaboration avec les partenaires extérieurs.

Ce travail qui est soumis aux différentes instances de concertation, est décliné en 11 fiches d'action qui permettent de reprendre les différents objectifs avec pour chacun la méthode à suivre, les moyens à dégager et le calendrier prévisionnel. Ces actions sont destinées à être mises en place au cours des 5 années à venir.

6 Annexes

Annexe 1 - Bilan du Pragsus

L'article 19 de la loi relative à la politique de santé publique prévoyait l'inclusion d'un « volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire » dans le Plan régional de santé publique (PRSP). Suivant la circulaire du 24 septembre 2004, relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du PRSP, le document de cadrage[10] élaboré par l'InVS a servi de base aux réflexions et à l'élaboration de propositions sur l'organisation et le développement des systèmes de surveillance.

Le Comité technique régional et interdépartemental (CTRI) de la région PACA a demandé à la Cire Sud de rédiger la partie de ce plan consacrée à l'alerte et à la cellule de gestion des risques exceptionnels (GRE) de la DRASS PACA de rédiger la partie gestion des situations d'urgence sanitaire.
Un groupe projet régional, constitué de membres de la DRASS, de l'ARH et des DDASS de la région, a rédigé en 2005-2006 le Pragsus qui abordait l'alerte et la gestion des urgences sanitaires au sein de l'administration de la santé dans la région.

La première étape du Vagusan a consisté à réaliser l'inventaire des ressources et de l'organisation de l'alerte sanitaire et de la gestion en Paca suite aux préconisations et actions menées dans le cadre du Pragsus en Paca.

Rappel des objectifs

Deux axes stratégiques avaient été retenus : organiser la veille sanitaire et le traitement des alertes sanitaires et disposer de plans opérationnels de réponse à la menace sanitaire.

Le 1er axe se déclinait en trois objectifs :

- structurer le dispositif de veille sanitaire et de traitement des alertes dans les départements et la région (démarche recommandée dans le document de cadrage national pour la préparation du volet alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire et reprise après un état des lieux en DDASS) ;
- développer les actions de formation des personnels en charge de la veille sanitaire et du traitement des alertes (objectif découlant de l'objectif précédent) ;
- développer, renforcer et adapter les systèmes de surveillance (valoriser les signalements des maladies à déclaration obligatoire (MDO) ; développer la surveillance non spécifique (SNS), décliner les surveillances nationales en région et développer les surveillances spécifiques à la région).

Le 2ème axe se déclinait en deux objectifs

- évaluer l'impact sanitaire des risques identifiés (inventorier les aléas identifiés sur la région et évaluer les enjeux sur la population et les établissements sanitaires, créer un système d'information géographique (SIG) ;
- vérifier l'opérationnalité des plans de réponse à la menace sanitaire (les plans et exercices).

[10] L'alerte sanitaire en France - Principes et organisation. Institut de veille sanitaire, mai 2005. http://www.invs.sante.fr/publications/2005/prsp/rapport_prsp.pdf consulté le 06/06/06.

Bilans des actions menées dans le cadre du Pragsus

Points forts

Parmi les points forts ressort plusieurs éléments importants.

- *Etat des lieux initial réalisé sur la région*
  Le travail initié a représenté une première étape de la réalisation d'un état des lieux permettant de prioriser les activités de veille sanitaire dans la région. Il a montré que les DDASS s'étaient organisées pour répondre aux objectifs de veille sanitaire tout en révélant les contraintes et difficultés pour y faire face.

- *Partages d'expériences entre acteurs (REPP…)*
  Le Pragsus a permis de montrer l'intérêt d'un partage d'expériences entre acteurs de la veille et poussé à améliorer et harmoniser les réponses aux alertes et urgences sanitaires.

- *Développement d'outils de partage d'information (anticipation des ARS):*
  Plusieurs outils de surveillance et de gestion ont pu être mis en place, anticipant la création des ARS. L'élaboration d'outils de suivi de maladies spécifiques à la région (arboviroses, Ostreopsis) a permis des répondre aux exigences de prévention, de suivi et de gestion.

- *Dynamique dans le domaine de la surveillance en région et développement de partenariats*
  Le Pragsus a permis d'initier une dynamique dans le domaine de la surveillance des maladies et des expositions et de fédérer des réseaux de surveillance dans une démarche commune (ORU, urgentistes, réanimateurs, instituts de recherche…). Ainsi ont été développés des systèmes de surveillances axés sur les pathologies émergentes, répondant aux exigences de réactivité et d'efficacité de la réponse (ex : gestion des arboviroses), mais aussi d'amélioration des connaissances (ex : gestion des Ostreopsis).

- *Système non spécifique (urgences, décès, SOS Médecins)*
  De la même façon, ce programme a établi une dynamique importante de développement d'un dispositif de surveillance non spécifique basé sur de nombreux acteurs, dont les services d'urgences hospitaliers, les Samu, les associations SOS médecins, les états civils et d'autres partenaires.

- *Reconnaissance nationale de l'intérêt de la régionalisation*
  Ce programme a permis une reconnaissance de l'intérêt régional dans sa capacité de surveillance et de gestion (grippe, MDO…).

Point faibles

Ce programme a cependant révélé de nombreuses faiblesses.

- *Objectifs trop orientés en « interne »*
  Ce plan, trop centré vers l'organisation interne (DDASS, DRASS et ARH), a montré des faiblesses dans sa capacité à être élargi vers les partenaires « extérieurs », non inclus, en amont, dans son élaboration et sa construction. Si des actions tournées vers l'extérieur ont été réalisées, elles l'ont été dans un cadre spécifique (arboviroses…). Ainsi, il avait été retenu d'élargir le Pragsus aux partenaires directs de la veille sanitaire non inclus initialement ;

- *Peu d'avancées sur l'objectif spécifique d'organisation de la veille en région*
  Le dispositif de veille reposait sur une organisation départementale et il s'est révélé difficile de disposer d'actions « standardisées » en région. Des outils communs et harmonisés ont été discutés et utilisés en département. Cependant, ceux-ci sont restés spécifiques et limités. L'organisation de la veille et de la gestion est restée départementale ; la Cire ayant des missions axées sur la surveillance et l'alerte n'était peut être pas la plus adaptée pour organiser la veille en région.

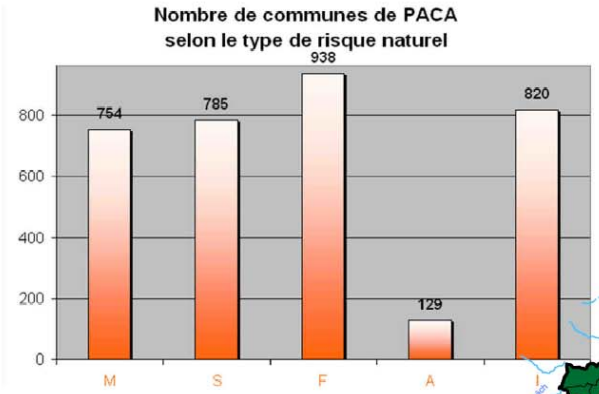
- *Objectifs de gestion très limités et orientés essentiellement sur les « crises » majeures*

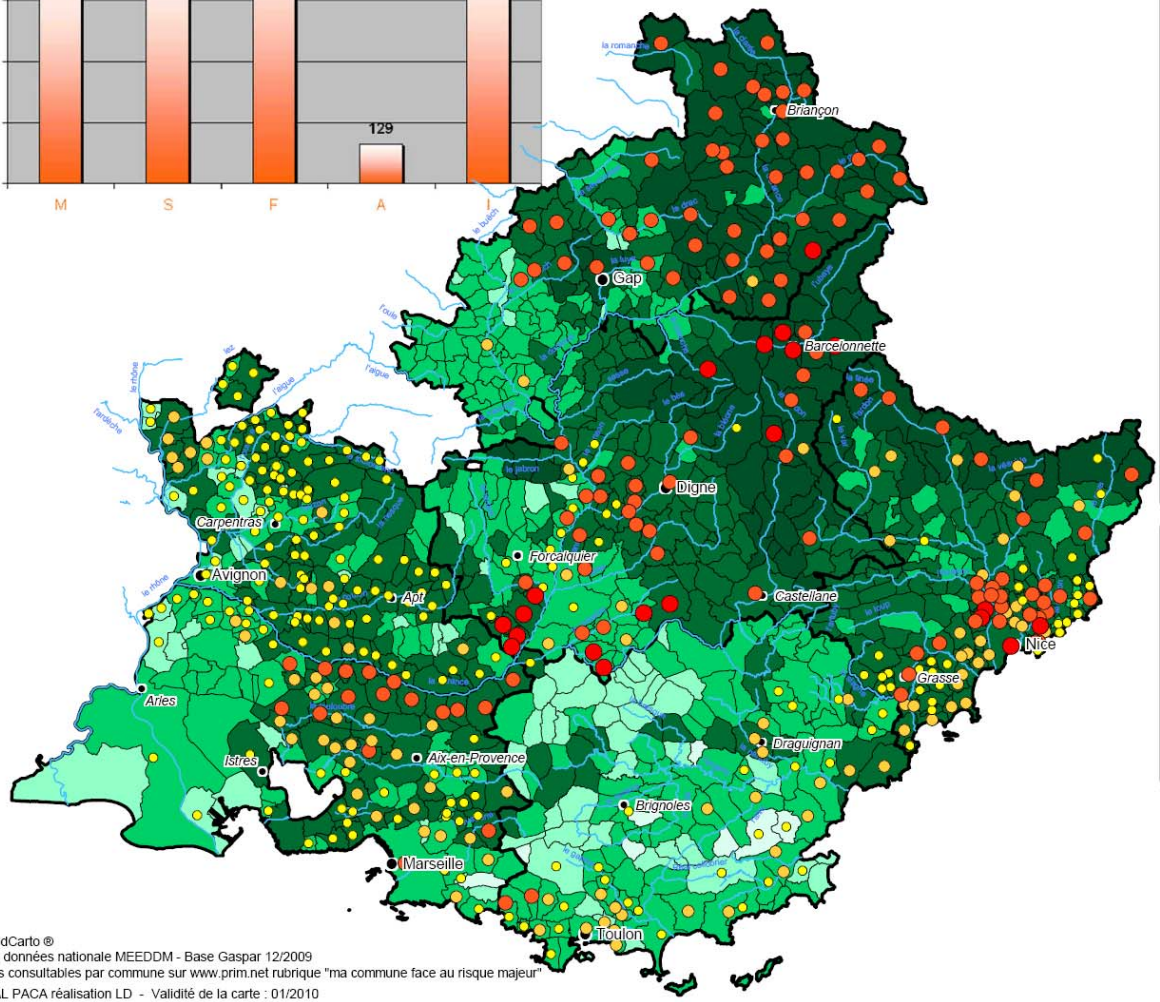
De même que pour la veille sanitaire, la gestion s'est appuyée sur un service orienté vers la crise, qui n'a pas su fédérer les DDASS dans une démarche de gestion régionalisée des alertes.

Annexe 2 - Cartes risques naturels et sites d'implantation des établissements SEVESO en région PACA (Source CARTOPAS 2010 – DREAL)

Bilan des risques naturels encourus par les communes et leur couverture PPR

Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur





Nombre de types de risques naturels par commune
(et Nbr total de communes concernées sur PACA)

- 1 (8)
- 2 (80)
- 3 (344)
- 4 (429)
- 5 (102)

Nombre de risques couverts par les PPR
quel que soit le stade du PPR (prescrit ou approuvé)

- 1
- 2
- 3
- 4

- Préfecture
- sous préfecture
- Limites de département
- Cours d'eau

0 — 75 km

Les types de risques pris en compte dans le calcul sont, pour la région PACA :

M - risque mouvement de terrain
S - risque séisme
F - risque feux de forêts
A - risque avalanche
I - risque inondation

Toutes les communes de la région PACA sont soumises à au moins un risque naturel et environ 10 % des communes sont soumises à la totalité des 5 risques.

La région PACA compte 963 communes.

© IGN BdCarto ®
Base de données nationale MEEDDM - Base Gaspar 12/2009
Données consultables par commune sur www.prim.net rubrique "ma commune face au risque majeur"
© DREAL PACA réalisation LD - Validité de la carte : 01/2010
Visitez notre site internet :www.paca.developpement-durable.gouv.fr

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
PROVENCE ALPES-CÔTE D'AZUR

Etablissements soumis aux dispositions de la directive européenne "SEVESO"

Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Les établissements soumis à la directive SEVESO II

Etablissements AS comprenant les établissements dits "SEVESO seuil haut" :

ils utilisent ou stockent des substances dangereuses et doivent faire l'objet d'un plan de prévention des risques technologiques (PPRT) et d'un Plan Particulier d'Intervention (PPI).

Etablissements dits "seuil bas" :

les quantités de matières dangereuses présentes dans l'installation sont moins importantes que pour les établissements AS, ils ne doivent pas faire l'objet d'un PPRT, le PPI n'est pas obligatoire pour ces établissements.

Tous les établissements SEVESO sont des ICPE (installations classées pour la protection de l'Environnement) sauf les stockages souterrains classifiés en seuil haut mais soumis à une réglementation française particulière (code minier). Ces derniers doivent faire l'objet d'un PPRT et d'un PPI.

RÔLE DE LA DREAL

Les DREAL sont investies d'un rôle majeur dans la prévention des risques technologiques.

A partir de l'analyse et de la critique des études de dangers qui font l'objet de révisions quinquennales, remises par les exploitants, la DREAL :

- rédige les prescriptions spécifiques imposées à l'exploitant par voie d'arrêté préfectoral en vue de réduire l'occurence et la gravité d'éventuels incidents, à un niveau aussi bas que possible dans des conditions techniquement et économiquement acceptables : règles d'aménagement, consignes d'exploitation, moyens de surveillance et de contrôle, des installations, dispositifs de sécurité,
- réalise des visites d'inspection périodiques (à minima annuelle) pour contrôler la bonne application de ces dispositions et, le cas échéant, les modifier pour améliorer le niveau de sûreté de l'établissement.

Les établissements classés Seveso font l'objet d'un recensement triennal, réalisé par la DREAL.

Seuil risque SEVESO:

▽ seuil bas (23)

△ seuil haut (59) dont 4 stockages souterrains : ●

Commune comprenant au moins un établissement SEVESO

Type de risque par entreprise

- E I G
- E I
- I G
- E
- G

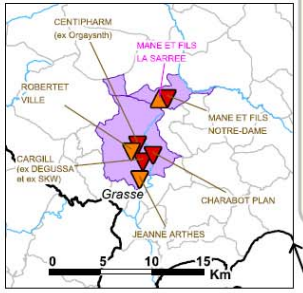
E : Risque d'explosion (risque de brûlure ou de blessure par projection d'éclats).

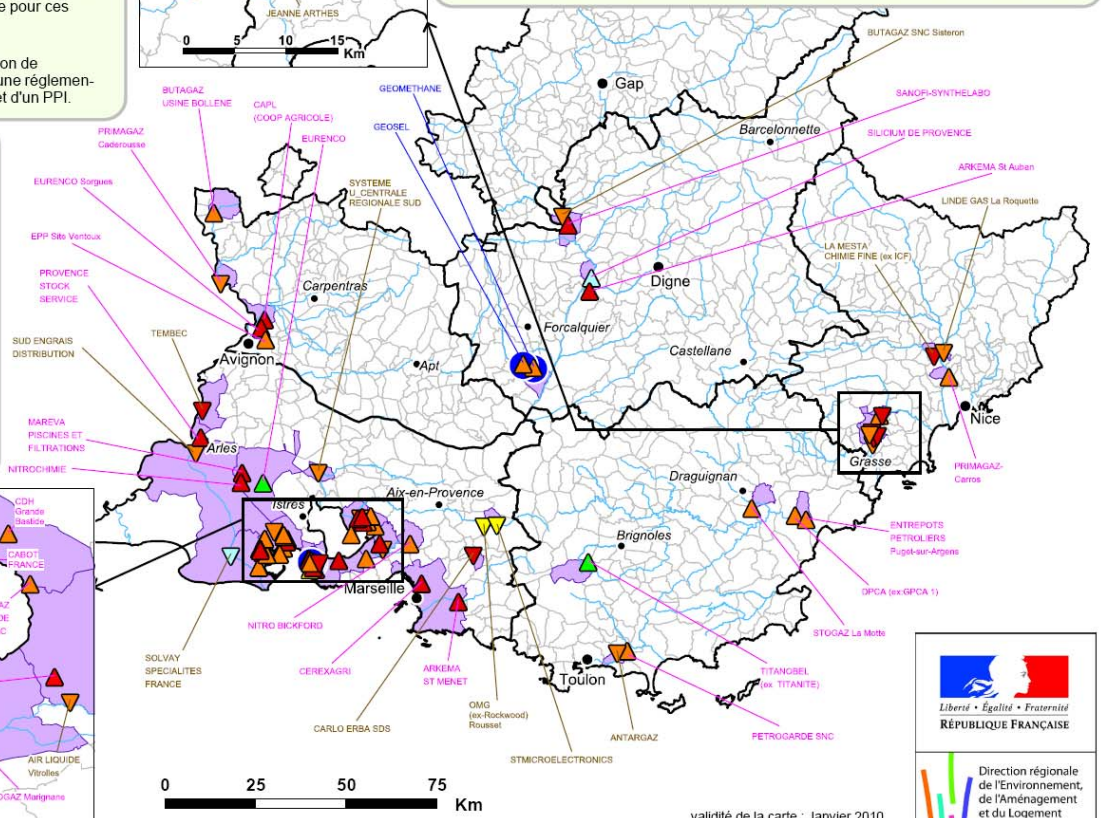
I : Risque d'incendie (risque de brûlure et d'asphyxie).

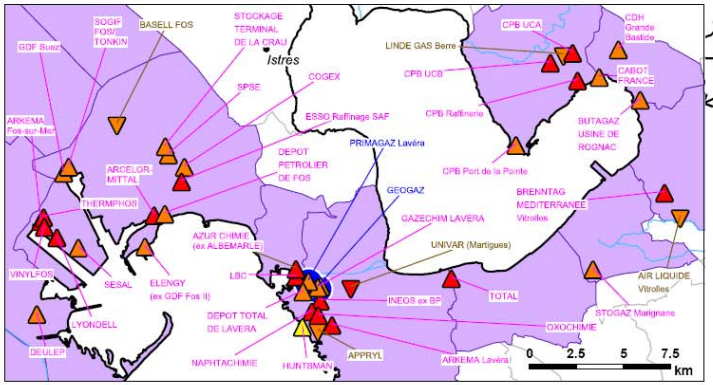
G : Risque d'émission de gaz toxiques (risque de nausées, d'intoxication).

● Préfecture — Limites de département — Cours d'eau

• Sous-préfecture — Limites de commune







validité de la carte : Janvier 2010

© IGN BdCarto ® - © DREAL PACA Réalisation CB (RT1_seveso.wor):

Visitez notre site internet : www.paca.developpement-durable.gouv.fr

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
PROVENCE ALPES-CÔTE D'AZUR

Note n°5 DIR-2011 à l'attention des membres du CODIR de l'ARS PACA

Service émetteur / DSPE

Suivi du dossier : Savaill MC
Marie-christine.savaill@ars.sante.fr
W:\VSS\VAGUSAN\Rédaction
Vagusan\VagusanPaca 20 finalisée corrigée.doc

Tél. : 04 13 55 83 51
Fax : 04 13 55 80 40

PJ :1 « éléments de réponse aux observations formulées par les DT »

Objet : Plate-forme de veille et d'urgence sanitaires

Au début de l'été 2010, j'avais missionné un groupe de travail chargé de proposer un cadre d'intervention cohérent, permettant de construire les articulations entre les différentes directions de l'ARS nécessaires à la convergence des signaux vers la plate-forme régionale de veille et d'urgence sanitaires.

Ce groupe a, récemment, rendu ses travaux. Ils ont fait l'objet d'une restitution suivie d'échanges au cours des PRE-CODIR des 5 et 19 avril 2011.

J'estime que ce temps consacré à la réflexion était indispensable, car la veille et la sécurité sanitaire est une mission complexe et ambitieuse, compte tenu du caractère stratégique qu'elle occupe dans la gestion des crises, mais également dans la prévention et les mesures d'anticipation.

La sécurité sanitaire est un enjeu majeur pour notre région. C'est un révélateur et un des meilleurs marqueurs de la sécurité et de la qualité de l'offre de santé publique apportée dans notre région.

Cet objectif de qualité et de sécurité sanitaires a pour finalité, non seulement de poursuivre l'amélioration de l'état de santé de la population, mais aussi et surtout, de la préserver des menaces et des risques sanitaires, qui pèsent sur elle.

J'ai rappelé, à de nombreuses occasions, que la prévention et la gestion des risques sanitaires étaient bien « l'affaire de tous ». Ce principe s'applique à l'ensemble des services de l'ARS, mais également à nos partenaires et à nos structures sous contrôle.

Cette culture de la gestion du risque, partagée de tous, est essentielle.

Depuis sa création, l'ARS PACA dispose d'une plate-forme de veille et d'urgence sanitaires, dont l'activité et l'opérationnalité sont effectives.

Cette plate-forme est armée 7 jours sur 7 /H 24. Elle est joignable à partir d'un numéro de téléphone unique (N° 04 13 55 8000) et d'une adresse mèl unique (ars13-alerte@ars.sante.fr).

Pendant les heures non ouvrées, un système d'astreinte (une astreinte de 1er niveau en délégation territoriale, deux astreintes techniques régionalisées, l'une médicale, l'autre en santé environnementale, ainsi qu'une astreinte COMEX) permet de maintenir la continuité de la réception et du traitement des signalements.

Les émetteurs de signalements ont été informés de cette organisation fonctionnelle, qui repose sur des équipes de « la veille sanitaire » en place tant au siège qu'en délégations territoriales.

Les protocoles de fonctionnement avec les autorités préfectorales de la région et de la zone, le protocole de fonctionnement entre les trois ARS de la zone sud, ainsi que de nombreuses instructions diffusées à l'attention des DT, mais aussi auprès des déclarants par l'intermédiaire des DT, ont formalisé les circuits à respecter.

En fonction de la nature et/ou de l'ampleur des évènements, toutes les directions de l'ARS peuvent concourir au traitement de la situation en sus des personnels dédiés spécifiquement à la veille sanitaire.

Au niveau du siège, l'organisation est structurée autour de quatre entités rattachées à la DSPE, dont les fonctions sont complémentaires :

- La cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) ;
- La cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE Sud, compétente pour les régions PACA et Corse, rattachée scientifiquement à l'INVS, et placée sous l'autorité administrative de l'ARS PACA) ;
- La cellule régionale de défense et sécurité (CRDS) ;
- Le service zonal de défense et de sécurité (rattaché fonctionnellement à la DSPE).

Les deux premières entités, qui ont développé des liens de collaboration très étroits, interviennent dans le domaine de la réception, de la validation et de la gestion des signaux. Les liaisons avec la CRDS sont également très fortes, cette dernière étant plus particulièrement chargée de coordonner la préparation des plans (plans blancs, NRBC…), et de mettre au point les outils de gestion des situations de crise.

La dimension zonale est nécessaire, car un certain nombre d'outils de programmation et de gestion de crise dépasse le cadre strictement régional, et nécessite une coordination des trois régions de la zone sud (Languedoc-Roussillon, Corse et PACA).

Dans cette phase initiale de démarrage de l'ARS, nous nous sommes organisés pour garantir la continuité (temporelle et territoriale) du traitement des signaux H 24 - 7 jours sur 7, et je salue l'engagement et la mobilisation de toutes celles et tous ceux qui au siège et en DT ont contribué à cette organisation.

Nous avons également privilégié un système capable d'assurer les transitions indispensables avec les organisations antérieures, en maintenant les délégations territoriales comme point d'entrée de la majorité des signalements.

Cet état de fait a été objectivé par le groupe de travail qui a analysé, par grandes familles homogènes, les différentes étapes du processus de traitement d'un signal, à savoir : réception, vérification, évaluation, et gestion des effets indésirables. C'est en effet autour de ces quatre étapes que s'ordonnent les missions concourant à la gestion d'une alerte, soit :

- Garantir la permanence de la réception des signaux ;
- Assurer la continuité du traitement des signaux ;
- Assurer l'enregistrement et la traçabilité des signaux ;
- Informer le DG ARS et l'administration centrale, en cas de déclenchement d'une alerte ;
- Mettre en œuvre les mesures de gestion appropriées en réponse aux alertes et crises sanitaires.

Quinze familles homogènes ont pu être identifiées, ce qui témoigne de l'extrême diversité des signaux à laquelle nous sommes confrontés quotidiennement.

Sur la base des travaux ainsi menés, j'ai pu tirer un certain nombre de conclusions, qui le moment venu, devrait être enrichi par les apports du volet VAGUSAN du schéma de prévention.

Ces conclusions m'amènent à arrêter pour l'ARS PACA les principes et le schéma d'organisation suivants :

Même si jusqu'à présent nous avons pu faire la preuve de notre efficacité, les travaux du groupe font apparaître des points de fragilité que l'on ne peut méconnaître.

Je souhaite donc faire évoluer notre organisation, en recentrant sur le point focal régional (DSPE) la réception, la régulation des signalements, ainsi que l'information de la direction générale et des autorités nationales. Il reste entendu que les mesures de gestion des effets indésirables de l'évènement continueront à être prises au niveau des délégations territoriales (sauf pour la DT des BDR), avec l'appui si nécessaire des directions « métiers » du siège.

Ce recentrage doit nous permettre d'aller vers un schéma d'organisation plus conforme aux orientations nationales *(Cf : circulaire du 20 avril 2010 relative à la veille et urgences sanitaires dans les ARS*), à savoir :

- Un centre de réception et de régulation des signaux, support technique de la plate-forme régionale, constituant :
    - Le lieu d'administration des signaux entrants ;
    - Le point de départ de la transmission des alertes au niveau national.
- Une plate-forme régionale de veille et d'urgence sanitaires constituant une organisation fonctionnelle, articulée autour d'une équipe de permanents de la veille sanitaire qui bénéficie en tant que de besoin de la collaboration des personnels techniques compétents des autres services de l'ARS, tant en analyse et évaluation des signaux réceptionnés, qu'en gestion des mesures de contrôle.

Au delà du respect du cadre réglementaire, le recentrage permettra de rendre le dispositif actuel plus robuste et de l'adapter aux contraintes existantes.

Il est essentiel de mieux structurer notre organisation autour d'un pôle régionalisé de la veille et sécurité sanitaire, associant les équipes du siège et des délégations territoriales dans un fonctionnement mutualisé des compétences et des procédures.

Avec un point d'entrée unique des signaux permettant de mieux maitriser les flux d'information et de mieux appréhender les signaux dit « faibles », ce pôle régionalisé renforcera les capacités d'anticipation et d'action de l'ARS, et donnera davantage de moyens pour exercer un pilotage avisé de la politique de veille et sécurité sanitaires.

Bien entendu, les compétences et les moyens dédiés à la veille et sécurité sanitaires au siège et dans les délégations territoriales seront adaptés à cette nouvelle organisation entre direction et DT. Il s'agit de consolider notre organisation, en la rendant moins fragile et moins dépendante des aléas dans un contexte de moyens contraints.

L'objectif est d'optimiser le fonctionnement des équipes actuellement en place au siège et dans les DT, en organisant le partage des fonctions entre les différents effecteurs dans la chaine de traitement des signalements, et en recherchant des économies d'échelle sur les fonctions qui peuvent s'affranchir de la proximité de terrain, et qui sont le plus aisément susceptibles d'être recentrées au niveau régional.

A partir du moment où le rôle de chacun est bien défini, et sous réserve de disposer des moyens techniques adéquats, toutes les conditions sont alors réunies pour assurer l'efficience et la réactivité de la réponse.

Si nous réussissons dans cet objectif, l'efficacité de la veille et de la gestion des urgences sanitaires devrait être renforcée grâce à :

- Une plus grande professionnalisation des personnels en charge de la veille et sécurité sanitaire;
- Une continuité de la réception et du traitement des signaux dans le temps (dans un continuum veille/alerte/gestion des crises) ;
- Une capacité d'action et d'expertise renforcée en cas de crises sanitaires ;
- Un effort accru dans le domaine de la formation, de l'harmonisation des procédures et des systèmes d'information ;
- Un appui permanent par la mobilisation des compétences d'évaluation, d'investigation et d'expertise des autorités nationales (ministère de la santé et agences sanitaires, dont l'institut national de la veille sanitaire).

Je souligne que ces choix devraient placer les délégations territoriales en meilleure position pour se consacrer davantage à l'animation territoriale.

Par ailleurs, je rappelle que les directives ministérielles *(Cf : note du 17 juin 2010 relative aux relations entre l'ARS et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires*) définissent comme suit les trois catégories devant être signalées au niveau national :

- Alertes : événements susceptibles d'avoir des conséquences graves sur la santé des personnes (en lien avec des risques anthropiques ou naturels), sur le fonctionnement du secteur sanitaire ou médico-social ainsi que celles présentant un caractère inhabituel ou susceptibles d'avoir un retentissement particulier ;

- Situations affectant le fonctionnement de l'ARS ou celui des établissements de santé ou médico-sociaux de son ressort : conséquences d'un événement, rassemblement ou manifestation susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de réponse ou l'organisation du système de soins, mobilisation des services de l'ARS placés pour emploi auprès des préfets de département, dysfonctionnements majeurs observés dans les établissements de santé ou médico-sociaux, fugue de patient hospitalisé d'office ou traité sous contrainte… ;

- Indicateurs d'activités : indicateurs d'activité permettant d'apprécier, notamment, les tensions observées au sein du système de soins ou de constituer une aide au pilotage dans le cadre des plans nationaux (plan national canicule par exemple) ou des situations exceptionnelles.

Ce cadre réglementaire confère au point focal régional un périmètre extrêmement ouvert, dont le noyau dur est cependant constitué par la catégorie des alertes sanitaires intégrant principalement les risques infectieux.

Les événements se rapportant aux catégories 2 et 3 peuvent avoir un lien très distendu, voire inexistant avec la présence d'une menace sanitaire, néanmoins la remontée d'information est exigée par les autorités nationales compte tenu du retentissement de l'événement, lequel peut constituer soit un trouble à l'ordre public, soit représenter une information jugée inquiétante par la population ou les médias, soit constituer un indicateur significatif de dysfonctionnement du système de santé ou médico-social, soit enfin avoir des conséquences sociétales ou économiques majeures.

Dans l'immédiat, je souhaite limiter le recentrage vers le point focal aux familles homogènes concernées par la catégorie des alertes, à savoir *(Cf : fiches établies par le groupe de travail) :*

-Vigilances (signalement secondaire) ;
- Infections nosocomiales ;
- Evènements indésirables graves liés à des soins ;
- Maladies à déclaration obligatoire ;
- Maladies infectieuses autres que les maladies à déclaration obligatoire ;
- Risques infectieux en établissements médico-sociaux ;
- Autres maladies ;
- RSI.

Pour les autres catégories de signalements, les points d'entrée actuels sont maintenus, afin de ne pas désorganiser les dispositifs spécifiques de gestion de ce type d'événements pendant la première phase de recentrage.

Pour ces derniers, seul s'impose le renforcement des circuits d'information entre l'effecteur responsable de la réception de l'événement et le point focal régional, afin de sécuriser les remontées d'information vers le DG ARS et les autorités nationales, et de mieux analyser les « signaux faibles » susceptibles d'évoluer vers une alerte sanitaire.

Ces catégories sont les suivantes *(Cf : fiches établies par le groupe de travail)* :
- Produits de santé défectueux (autres que ceux traités dans le cadre des vigilances) ;
- Evènements indésirables et situations exceptionnelles ou dramatiques affectant la santé des personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux ;
- Surveillance de la qualité des facteurs environnementaux ;
- Situations affectant l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé ;
- Situations affectant l'organisation et le fonctionnement des établissements médico-sociaux ;
- Fugues des patients hospitalisés sous contrainte.

Je confie le pilotage de l'organisation mutualisée et coordonnée de la veille et sécurité sanitaire (VSS) de l'ARS PACA à la DSPE, qui bénéficiera de l'appui des autres directions «métiers» du siège et des délégués territoriaux, lesquels conservent évidemment l'autorité hiérarchique sur les agents affectés auprès d'eux, ainsi que la responsabilité du fonctionnement de leur délégation et la responsabilité d'administrer les moyens dont ils disposent.

Afin d'aboutir à une déclinaison effective de la nouvelle organisation, je demande au collège VSS, composé de représentants de la DSPE et des DT, de proposer un calendrier précis et des modalités opérationnelles de mise en œuvre, au regard des conditions de réalisation propres à chaque système de surveillance, qui ont été définies par le groupe de travail et synthétisées sous forme de fiches spécifiques se rapportant à chaque famille homogène de signalement.

A compter de la publication de cette note, l'année 2011 devra être considérée comme une période de préparation pour une mise en œuvre des premières mesures de recentrage vers le point focal tout début 2012.

Le collège VSS présentera en PRE-CODIR ses propositions, au fur et à mesure de l'avancée de ses travaux. Une première restitution devra intervenir à un PRE-CODIR de la rentrée et au plus tard avant la mi-octobre 2011.

Je vous remercie de l'attention portée à cette note.

Signé D. Deroubaix

Annexe 4 - Protocoles Préfets – ARS

PREFECTURE DU DEPARTEMENT

Protocole départemental relatif aux modalités de coopération entre le représentant de l'État dans le département des Bouches du Rhône et l'Agence Régionale de la Santé de PACA.

Vu le code de la défense ;

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L.1435-1, L 1435-2, L 1435-7 ;

Vu la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, et notamment l'article 34 ;

Vu la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile ;

Vu 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 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 le décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC ;

Vu le décret n° 2010-224 du 4 mars 2010 relatif aux pouvoirs des Préfets de zone de défense et de sécurité ;

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 la circulaire conjointe du 11 janvier 2010 du ministère de l'intérieur, de l'outre mer et des collectivités territoriales, et du ministère de la santé et des sports relative à l'application de l'article 3111-11 du code de la santé publique ;

Vu la note du 20 avril 2010 du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, du ministre de la santé et des sports relative à la mise en place d'une plate-forme régionale de veille et d'urgence sanitaire ;

Vu le protocole provisoire relatif aux modalités de coopération entre le représentant de l'Etat dans le département des Bouches du Rhône et l'ARS PACA en date du 19 avril 2010.

Préambule

L'Agence Régionale de Santé réalise pour le représentant de l'État dans le département, dans les conditions prévues aux articles L 1435-1 et L 1435- 7 du code de la santé publique, les prestations y compris d'inspection, nécessaires à l'exercice de ses compétences, dans les domaines de la veille, de la sécurité et des polices sanitaires, de la salubrité et de l'hygiène publiques.

Pour la mise en œuvre de ses attributions, au titre du code de la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département des Bouches du Rhône est assisté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé de PACA, auquel il peut déléguer sa signature, et, en cas d'absence ou d'empêchement, aux agents placés sous son autorité, dans les conditions prévues à l'article L 1435-1 du code de la santé publique.

Ces attributions sont réalisées sous la responsabilité du Directeur Général de l'Agence, hors les cas, visés aux articles L 1435-1 et L 1435 -2, où les services de l'Agence Régionale de Santé sont placées pour emploi sous l'autorité du Préfet de département ou du Préfet de zone.

Le Directeur Général de l'ARS est responsable de la mise en œuvre des moyens dont il dispose.

Le DG ARS informe le Préfet :

Des moyens mis en œuvre pour répondre à ses demandes,

Des éventuelles difficultés rencontrées,

Des résultats de l'intervention.

Il est associé à la réalisation des politiques publiques, dont le représentant de l'Etat a la charge, pour toute question relative à la santé humaine.

Il garantit une permanence permettant au représentant de l'Etat d'assurer, H24, 7 jours sur 7 ses missions.

Le Directeur Général de l'Agence et le représentant de l'Etat s'informent mutuellement et sans délai de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un trouble à l'ordre public, dont ils ont connaissance.

Le représentant de l'Etat dans le département fait connaître au Directeur Général de l'ARS tous les éléments utiles à l'accomplissement de ses missions de contrôle sanitaire et d'inspection prévues à l'article L 1431-2 du code de la santé publique, ou de toute mission d'inspection, de contrôle ou d'expertise en santé, dont il a demandé la mise en œuvre.

Il communique au Directeur Général de l'Agence les déclarations obligatoires, dont il est destinataire en application du présent code.

Le Directeur Général de l'ARS est associé à l'élaboration des plans de sécurité et défense civile, et participe, à la demande du représentant de l'Etat dans le département, à la cellule opérationnelle départementale.

Sous l'autorité du Directeur Général de l'ARS, le Délégué Territorial Départemental, est le correspondant de proximité du représentant de l'Etat.

Article 1

Les enjeux du dispositif.

Compte tenu des missions et enjeux suivants, au regard des besoins et attente de la population dans la région et le département, qui doivent avoir une réponse immédiate dès la mise en place juridique de l'ARS PACA, les cinq domaines suivants sont précisés, dans ce protocole départemental :

La gestion des hospitalisations sans consentement (**1**) ;

La santé environnementale (**2**) ;

La veille, la sécurité et la police sanitaires, dont le volet sanitaire des plans (**3**) ;

L'inspection et le contrôle, dans les conditions définies à l'article L.1435-7 du code de la santé publique (**4**) ;

Le service public de la permanence des soins **(5).**

Pour chaque domaine, sont, principalement, définis :

Les matières et les conditions dans lesquelles le DGARS dispose d'une délégation de signature du représentant de l'Etat, (**a**) ;

La liste des arrêtés et décisions pris par le représentant de l'Etat dont la préparation est assurée par le DG de l'ARS (**b**) ;

Les modalités d'association de l'ARS à la mise en œuvre des politiques dont le représentant de l'Etat à la charge (**c**);

Les modalités de gestion des alertes et de crises sanitaires, dont les conditions de participation de l'ARS à la cellule opérationnelle départementale (**d**)

Les modalités d'information entre DGARS et le Préfet, notamment sur les moyens mis en place par l'ARS pour répondre aux demandes des Préfets (**e**) ;

Les modalités d'association du DGARS à la préparation et à l'exécution des mesures concourant à la sécurité et défense civile (**f**) ;

Les autres domaines, tels que « santé publique et politique de la ville », « santé et emploi », « santé et sports », « santé et travail », « santé et politique de la ville »… feront l'objet d'avenants ultérieurs ou de conventions spécifiques.

D'ores et déjà, pour le département des Bouches du Rhône, l'ARS s'associera et apportera son expertise sanitaire aux travaux, pilotés par le Préfet à l'Egalité des Chances, pour le compte du Préfet de département, tels que définis dans le cadre de la « gouvernance » de la cohésion sociale et des six groupes de travail pilotés, pour le compte du Préfet, par les services de l'État désignés :

De l'hébergement au logement,

Prévention et lutte contre l'Habitat insalubre,

Prévention et lutte contre les discrimination,

Parcours vers l'emploi,

Politique de la ville et rénovation urbaine,

Politiques éducatives.

Article 2

Les domaines concernés : un objectif important de coordination et de réponse efficiente.

1) La gestion des hospitalisations sans consentement

Délégation de signature du préfet au DGARS ou à son représentant pour :

Transmission à l'intéressé(e) des arrêtés préfectoraux le(la) concernant en cas d'hospitalisation sous contrainte, de maintien, de transfert ou de levée (article L3211-3 du code de la santé publique ;

Courriers aux procureurs de la république du siège de l'établissement d'hospitalisation et du domicile de toute personne hospitalisée sur demande d'un tiers (article L 3212-5 du code de la santé publique) ;

Courriers adressés au procureur de la république près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, au maire du domicile et à la famille de la personne hospitalisée relatifs à une hospitalisation d'office, à un renouvellement et à toute sortie (article L 3213-9 du code de la santé publique).

Préparation des actes et décisions par le DGARS (via le Délégué Départemental Territorial) pour le compte du Préfet de département, suivants :

Arrêté portant hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-1 ;

Arrêté portant hospitalisation d'office, suite à une mesure provisoire du maire, selon l'article L 3213-2 ;

Arrêté portant maintien de la mesure d'hospitalisation d'office pour une période de trois mois puis pour une période de six mois renouvelable, selon l'article L 3213-4

Arrêté mettant fin à la mesure provisoire du maire, selon l'article L 3213-2 ;

Arrêté mettant fin à une mesure d'hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-5 ;

Arrêté provisoire d'hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-6 ;

Arrêté confirmant l'arrêté provisoire d'hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-6 ;

Arrêté portant hospitalisation d'office, selon l'article L 3213-7, suite à un classement sans suite, une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental ;

Arrêté mettant fin à une hospitalisation d'office intervenue dans le cadre de l'article L 3213-7 ;

Arrêté et décisions prises dans le cadre des dispositions du code de procédure pénale, suite à relaxe, non lieu et Ho judiciaire ;

Arrêté portant hospitalisation d'un détenu selon les dispositions de l'article D398 ;

Arrêté portant hospitalisation d'un détenu dans une unité spécialement aménagée, selon l'article L 3214-3 ;

Arrêté portant maintien de l'hospitalisation d'un détenu dans une unité spécialement aménagée, selon l'article L 3214-4 ;

Arrêté portant suspension provisoire à une demande de levée d'hospitalisation à la demande d'un tiers, selon l'article L 3212 -9 ;

Arrêté et décisions relatives aux accords ou refus liées aux sorties et congés d'essai, selon l'article L3211-11 ;

Arrêté portant réintégration immédiate en établissement de santé d'un patient en sortie d'essai, selon l'article L 3211-11 ;

Arrêté portant transfert inter départemental en hospitalisation d'office ;

Arrêté portant transfert en hospitalisation d'office (transfert sortant) et placement en UMD (unité pour malades difficiles) ;

Arrêté portant admission en hospitalisation d'office par transfert (transfert entrant) ;

Arrêté portant admission pour réintégration en hospitalisation d'office dans le département d'origine (cas des retours d'unités pour malades difficiles) ;

Désignation d'un psychiatre, de deux représentants d'associations de familles de malades mentaux et de personnes malades, d'un médecin généraliste dans les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques article L 3223-2 ;

Fixation de la liste des membres de la commission des hospitalisations psychiatriques, conformément à l'article L 3223-1 ;

Fin des fonctions et remplacement des membres de la commission des hospitalisations psychiatriques conformément à l'article 3223-2 ;

Fixation du siège de la commission des hospitalisations psychiatriques conformément à l'article 3223-7 ;

Information de la commission des hospitalisations psychiatriques de toutes les hospitalisations sans consentement, leur renouvellement et leur levée conformément à l'article 3223-8.

<u>Mise en place d'une commission départementale de suivi du dispositif des hospitalisations sans consentement dans le département.</u>

Animée par le Délégué Départemental Territorial de l'ARS, et présidée par le Préfet de département ou son représentant, elle fait un point du dispositif dans le département (au moins annuel : bilan/enjeux et perspectives), en associant les principaux partenaires concernés.

Cette commission départementale aura, aussi, pour objectif d'harmoniser, progressivement la gestion des procédures et des pratiques, dans le respect des compétences de chacun. Les travaux et réflexions de la commission départementale seront synthétisés par le Délégué Territorial Départemental, et présentés, au moins une fois par an, à la conférence régionale de sécurité sanitaire, dans l'objectif d'harmonisation régionale.

A l'initiative de la commission départementale, le comité des « sages » institué dans le département des Bouches du Rhône et composé de praticiens hospitaliers compétents dans le domaine de la psychiatrie, pourra être saisi, à la demande du Préfet ou du Délégué Territorial Départemental, pour donner un avis, pour tout patient ou situation « difficiles », dans ce domaine.

Le protocole départemental sur le traitement et le signalement des fugues et évènements indésirables des patients en hospitalisation sans consentement pourra, en tant que de besoin, faire l'objet d'actualisation.

En outre, le Délégué Départemental Territorial de l'ARS assure le secrétariat de la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique, dont un compte rendu est adressé au représentant de l'Etat dans le département.

Système d'information partagée

Le DGARS, via le Délégué Départemental Territorial, dispose des informations disponibles sur le logiciel du ministère de la santé « HOPSY ».

Grâce à cette base de données nationale du ministère de la santé, un bilan annuel statistique et quantitatif des patients (présenté à la commission départementale de suivi, créée à cet effet) sera porté à la connaissance du Préfet.

Le Préfet s'engage également à transmettre toute information portée à sa connaissance, utile pour la gestion du dispositif.

De la même façon, le Délégué Territorial Départemental donnera au Préfet, et à sa demande, les informations sur les patients sous HSC, détenteurs d'armes, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

La gestion de la procédure

Elle sera réalisée pour le compte du Préfet (soit par délégation de signature, soit en actes préparatoires des arrêtés préfectoraux) par le Délégué Territorial Départemental H 24, et 7 jours sur 7 (dans le cadre des dispositions réglementaires et législatives en vigueur et du dispositif d'astreintes, tel que décrit à l'article 4).

Les documents seront partagés et transmis, dans la plupart des cas, sous supports informatiques adéquats.

Les services de la préfecture et des sous préfectures, ainsi que ceux de l'ARS s'engagent au maximum à les rendre compatibles, en respectant les conditions de sécurité, telles que décrites à l'article 3.

De même, le représentant de l'Etat s'engage à assurer une permanence de « signataires » des arrêtés et décisions, pour H24 et 7 jours sur 7, tout au long de l'année.

2) La santé environnementale

a) Domaines et conditions dans lesquelles le DGARS dispose d'une délégation de signature du représentant de l'Etat dans le département

A l'exception des arrêtés mentionnés au b) ci dessous, qui demeurent de la compétence du représentant de l'Etat dans le département, délégation est donnée au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de PACA pour instruire, préparer, signer et suivre au nom du représentant de l'Etat dans le département tous les actes administratifs et décisions relatifs au contrôle administratif et technique des règles d'hygiène au sens des articles L 1311-1 et L 1311-2 du code de la santé publique.

En cas d'absence ou d'empêchement du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, la délégation qui lui est conférée pourra être déléguée aux agents placés sous son autorité hiérarchique, dans leurs domaines de compétence respectifs.

Dans les différents domaines concernés par la délégation de signature accordée au DGARS, l'information du Préfet de département s'exercera conformément aux dispositions prévues par le code de la santé publique.

Protection sanitaire de l'environnement et contrôle des règles d'hygiène

Contrôle administratif et technique des règles d'hygiène au sens des articles L 1311-1 et L 1311-2 du code de la santé publique, en vue de préserver la santé de l'homme notamment en matière :

de prévention des maladies transmissibles ;

de salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de vie de l'homme ;

d'alimentation en eau destinée à la consommation humaine ;

d'exercice d'activités non soumises à la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement ;

d'évacuation, de traitement, d'élimination et d'utilisation des eaux usées et des déchets ;

de lutte contre les bruits de voisinage et la pollution atmosphérique d'origine domestique ;

Mesures de gestion en cas d'urgence sanitaire notamment en cas de danger ponctuel imminent pour la santé publique, en application de l'article L. 1311-4 du code de la santé publique ;

Contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, procédures d'autorisations, propositions de mesures correctives, interdiction, information relatives aux EDCH, en application des articles L 1321-1 à L 1321-10 et R 1321-1 à R 1321-68 et D1321-103 à 105 du code de la santé publique ;

Contrôle sanitaire des eaux conditionnées (art R.1321-69 à 93 du code de la santé publique) ;

Contrôle sanitaire des eaux minérales naturelles, à leur protection et les usages qui en sont faits (art L1322-1 à L1322-13 du code de la santé publique) ;

Vérification de la salubrité des habitations et des agglomérations, conformément aux dispositions des articles L 1311-4, L 1331-22 à L 1331-31, L 1336-2, L 1336-4 du code de la santé publique ;

Lutte contre le saturnisme infantile, en application des articles L 1334-1 à L 1334-13 et R 1334-1 à R 1334-13 du code de la santé publique ;

Contrôle de l'application de la gestion du risque amiante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, en application des articles L 1334-1 à L 1334-13 et R 1334-1 à R 1334-13 du code de la santé publique ;

Lutte contre la légionellose, notamment dans les réseaux d'eau (art. R.1321-23 du code de la santé publique) et contrôle des systèmes d'aéro-réfrigération susceptibles de générer des aérosols (non ICPE) (art. L 1335-2-1) ;

Contrôle sanitaire des piscines et baignades ouvertes au public, en application des articles L 1332-1 à L 1332-9 et D1332-1 à D 1332-42 du code de la santé publique ;

Contrôle des nuisances sonores, en application des articles R 1334-31 à R 1334-3 et articles R 1337-6 à R 1337-10-2 du code de la santé publique ;

Contrôle des déchets dont les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés, en application des articles R 1335-1 à R 1335-8 du code de la santé publique ;

Contrôle des pollutions atmosphériques, à l'intérieur et à l'extérieur de l'habitat, (notamment lutte contre l'ambroisie) en application des articles L 1335-1 et L 1335-2 du code la santé publique ;

Lutte contre le radon à l'intérieur de l'habitat (art R1333-15 du code de la santé publique) ;

Lutte anti-vectorielle (article 1er -2° de la loi N°64-1246 du 16 décembre 1964 modifiée).

b) Liste des arrêtés et décisions pris par le représentant de l'Etat dont la préparation est assurée par le DG de l'ARS

Les arrêtés pris en application des articles du code de la santé publique mentionnés ci-après sont soumis à la signature du Préfet, représentant de l'Etat dans le département.

Ces arrêtés sont préparés par les services de l'Agence Régionale de Santé de Provence Alpes Côte d'Azur.

Mesures d'urgence (tous domaines confondus)

- Arrêté portant exécution immédiate, des mesures prescrites, en cas de danger ponctuel imminent pour la santé publique, pris en application de l'article L 1311-4 du code de la santé publique (Exemple : arrêté de mise en demeure si risque CO avec inaction du propriétaire) ;

- Arrêtés (L 1311-2) complétant les décrets mentionnés au L 1311-1 du code de la santé publique ayant pour objet d'édicter des dispositions particulières en vue d'assurer la protection de la santé publique dans le département (Exemples : arrêté préfectoral « bruit »; arrêtés mettant en place des opérations de démoustication).

Sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, (publiques et privées)

- Arrêté portant déclaration d'utilité publique des travaux de dérivation ou de prélèvement de captages d'eau potable et de mise en œuvre des périmètres de protection, en application de l'article L 1321-2 du code de la santé publique ;

- Arrêté portant autorisation d'utiliser une ressource en eau pour la production, la distribution d'eau destinée à la consommation humaine (publiques et privées) ;

- Arrêté autorisant la production, la distribution et le conditionnement de l'eau destinée à la consommation humaine, en application des articles L 1321-7-I du code de la santé publique et R.1321-6 à R.1321-8 ou autorisation temporaire à titre exceptionnel (R 1321-9) ;

- Arrêté autorisant l'exploitation et la reconnaissance d'une source d'eau minérale naturelle, le conditionnement de l'eau, son utilisation à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal, sa distribution en buvette publique, en application de l'article L 1322-1 à L.1322-13 du code de la santé publique ;

- Arrêté autorisant exceptionnellement l'utilisation d'une eau brute non conforme ou accordant une dérogation à la distribution d'eau non-conforme. Arrêté portant dérogation aux limites de qualité des eaux douces superficielles destinées à la production d'eau potable (R 1321-40 à R 1321-42) ;

- Arrêté ou décision permettant d'imposer des analyses complémentaires à la personne responsable de la distribution d'eau ou au propriétaire pour les réseaux intérieurs dans le cadre du code de la santé publique (R 1321-17 et 18) ;

- Arrêté portant dérogation aux limites de qualité des eaux distribuées (R 1321-31 à R 1321-36) ;

- Arrêté définissant les conditions de prise en compte de la surveillance exercée par la personne responsable de la production et de la distribution (R 1321-24) ;

- Arrêté ou mise en demeure du Préfet auprès de la personne responsable de la distribution d'eau si la distribution présente un risque pour la santé, pour prendre les mesures correctives ou restreindre ou interrompre la distribution de l'eau (R 1321-28 et 29) ;

- Arrêté pour la gestion des dérogations aux valeurs limites de qualité, la prolongation de délais pour l'application des valeurs limites de qualité (art 51 du décret n°2001-1220), articles R1321-31 à R1321-36, R1321-40 à R1321-42 du code de la santé publique ;

- Arrêté portant autorisation de l'utilisation d'eau prélevée dans le milieu naturel, R.1321-6 à R1321-11dont fixation des paramètres des eaux superficielles (art R.1321-38 à R1321-39), des installations de conditionnement d'eau (autre que minérale naturelle) et de glace alimentaire (art R1321-60) ;

- Arrêté pour la gestion des dérogations aux valeurs limites de qualité R1321-31 à R1321-36, R1321-40, R1321-41 et R1321-42, la prolongation de délais pour l'application des valeurs limites de qualité (art 51 du décret n°2001-1220), l'obligation de nettoyage annuel des réservoirs (art R1321-53) ;

- Arrêté portant autorisation d'importation d'eaux conditionnées autres que les eaux minérales (R 1321-96) ;

- Arrêté réglementant des travaux dans le périmètre de protection d'une eau minérale naturelle, en application des articles L 1322-4 et suivants du code de la santé publique.

Sécurité sanitaire des piscines et baignades

Piscines

- Arrêté fixant selon le type d'installation, la nature et la fréquence des analyses de la surveillance de la qualité des eaux (D 1332-12 – piscines et baignades aménagées) ;

- Arrêté autorisant, après avis du CODERST, l'utilisation d'eau d'une autre origine que le réseau public pour l'alimentation en eau des bassins des piscines, en application des articles L 1332-8 et D 1332-4 du code de la santé publique ;

- Arrêté portant interdiction ou limitation de l'utilisation d'un établissement (D 1332-13).

Baignades

- Arrêté interdisant temporairement ou définitivement une zone de baignade si atteinte à la santé ou à la sécurité des personnes, ou mise en demeure de respecter les normes, en application des articles L1332-4 (sans préjudice des pouvoirs de police spéciale dévolus aux maires (notamment par le décret N°2008-990 du 18 septembre 2008) ou en application de l'article L 2215-1 du code de la santé publique).

Salubrité des zones de pêche de loisirs et de pêche à pied

- Arrêté d'interdiction de consommation et de commercialisation de la pêche de loisirs et de la pêche de coquillages issus des zones non classées (articles L 1311-1 et suivants du code de la santé publique).

Salubrité des immeubles et des agglomérations – Lutte contre le plomb et l'amiante

Salubrité

Sans avis préalable du Comité Départemental d'Evaluation des Risques Sanitaires et Technologiques (CODERST):

- Arrêté, en cas d'urgence, notamment de danger imminent pour la santé publique, ordonnant l'exécution immédiate des mesures prescrites par les règles d'hygiène, notamment en matière d'habitat (art. L. 1311-4) ;

- Arrêté pris sur rapport motivé de l'ARS mettant en demeure la personne, qui a mis à disposition aux fins d'habitation des locaux impropres à l'habitation (caves, sous-sols, combles…), de faire cesser la situation dans un délai fixé (art. L. 1331-22) ;

- Arrêté pris sur rapport motivé de l'ARS mettant en demeure la personne, qui a mis à disposition aux fins d'habitation des locaux dans des conditions qui conduisent manifestement à leur sur-occupation, de faire cesser la situation dans un délai fixé (art. L. 1331-23) ;

- Arrêté, pris sur rapport motivé de l'ARS, en cas de danger imminent pour la santé ou la sécurité des occupants lié à la situation d'insalubrité d'un immeuble, mettant en demeure le propriétaire (ou l'exploitant) de prendre les mesures propres à faire cesser ce danger dans un délai fixé (art. L. 1331-26-1).

Avec avis préalable du CODERST :

- Arrêté enjoignant à la personne qui met à disposition ou qui a l'usage de locaux de rendre leur utilisation conforme afin de faire cesser un danger pour la santé ou la sécurité des occupants pris sur présentation par l'ARS de son rapport motivé au CODERST et avis favorable du CODERST (art. L. 1331-24) ;

- Arrêté déclarant à l'intérieur d'un périmètre l'insalubrité des locaux et installations utilisés aux fins d'habitation, mais impropres à cet objet pour des raisons d'hygiène, de salubrité ou de sécurité pris sur présentation par l'ARS de son rapport motivé au CODERST et avis favorable du CODERST (art. L. 1331-25) ;

- Arrêté déclarant l'insalubrité d'un immeuble (ou groupe d'immeubles, îlot ou groupes d'îlots), bâti ou non, vacant ou non, constituant par lui-même ou par les conditions d'occupation ou d'exploitation un danger pour la santé des occupants ou des voisins pris sur présentation par l'ARS de son rapport motivé au CODERST et avis favorable du CODERST (art. L. 1331-26 à 32).

Lutte contre la présence de plomb

- Arrêté ou mise en demeure visant à notifier au propriétaire ou à l'exploitant la réalisation dans un délai fixé de travaux de suppression du risque lié à des revêtements dégradés contenant du plomb ;

- Arrêté ou prescription de mesures conservatoires, voire arrêt du chantier si des travaux entrainent un risque d'exposition au plomb pour occupants d'un immeuble ou population environnante *(L 1334-11).*

Amiante

- Arrêté portant prorogation de travaux de confinement ou retrait des flocages, calorifugeage et faux-plafonds contenant de l'amiante (R 1334 -19).

Rayonnements non ionisants

- Arrêté ou décision de prescription de la réalisation de mesures de champs électromagnétiques (L1333-21).

Lutte contre les moustiques

- Arrêté définissant les zones de lutte contre les moustiques pris en application de l'alinéa 2° de l'article 1er de la loi modifiée n° 64-1246 du 16 décembre1964.

Déchets d'activités de soins

- Arrêté portant dérogation aux prescriptions du Règlement Sanitaire Départemental, pour l'installation de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux par banalisation.

Autres dispositions

- Arrêtés d'habilitation d'agents des Services Communaux d'Hygiène et de Santé pour le constat d'infractions aux dispositions du livre III du code de la santé publique;

- Dérogation au règlement sanitaire départemental.

c) Modalités d'association de l'ARS à la mise en œuvre des politiques dont le représentant de l'Etat à la charge

Les services de l'Agence Régionale de Santé contribuent à la mise en œuvre des politiques dont le représentant de l'Etat a la charge suivant les modalités décrites ci-dessous :

L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques environnementales qui peuvent avoir un impact sur la santé des populations ;

L'ARS s'assure de la mise en cohérence des actions de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène menées par les services communaux d'hygiène et de santé, avec les actions menées par l'agence dans ces domaines ;

L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne. Elle participe notamment au comité de pilotage présidé par le Préfet ou son représentant ;

L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre la pollution atmosphérique extérieure et intérieure aux locaux ;

L'ARS est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des documents de planification urbaine ;

L'ARS fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine, en application de l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, et notamment :

Dossiers d'autorisations d'installations classées pour la protection de l'environnement, carrières, dépôts, sites et sols pollués ;

Dossiers soumis à autorisation au titre de la loi sur l'eau ;

Dossiers d'autorisation de création et dossiers d'autorisation de rejets et prélèvements d'eau d'installations nucléaires de base ;

Dossiers de demande de création ou d'extension de chambres funéraires, de crématorium, de cimetières en milieu urbain.

L'ARS est représentée dans les commissions locales et peut participer aux groupes de travail commun avec d'autres services de l'Etat et éventuellement d'autres partenaires publics ou privés selon les sujets, dans les programmes suivants :

Plan régional santé-environnement (volet du PRS) ;

Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) ;

Schémas d'aménagement et de gestion des eaux (SAGE) ;

Plan départemental d'élimination des déchets ;

Programme d'action directive nitrates ;

Plan régional déchets dangereux dont déchets d'activités de soins à risques infectieux ;

Schéma Régional Climat Air Energie (remplaçant le plan régional de la qualité de l'air) ;

Plan de Protection de l'Atmosphère ;

Plan « Eco phyto 2008 ».

L'ARS est représentée dans les commissions où sa présence est prévue réglementairement, dont le Conseil Départemental de l'Environnement, des Risques Sanitaires et Technologiques (CODERST). Elle peut, par ailleurs, participer aux commissions, ci après, pour lesquelles sa présence n'est pas requise par un texte :

Commissions locales d'information et de surveillance, pour les installations classées pour la protection de l'environnement et les installations nucléaires de base ;

Commission départementale de la nature, des paysages et des sites, formation spécialisée des carrières ;

Commission plénière du droit au logement opposable (DALO) ;

Mission inter-service de l'eau (MISE) ;

Commission départementale du suivi de l'élaboration des cartes de bruit et des plans de prévention du bruit dans l'environnement.

d) Les modalités de gestion des alertes et de crises sanitaires

L'ARS participe à l'élaboration, la diffusion et la promotion des plans d'intervention en cas de crise sanitaire (risques majeurs, plan ORSEC, PPI, plan eau potable, …) ;

L'ARS participe à la gestion des risques exceptionnels et des crises sanitaires par des actions de prévention, l'alerte et l'information, l'aide à la décision ... ;

L'ARS organise la réponse aux alertes sanitaires, en assure la gestion et la traçabilité (eau potable, risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques, risques émergents, risques naturels, accidents, ...) ;

L'ARS met à disposition ses personnels qualifiés en santé environnementale (ingénieurs et techniciens) et participe en tant que de besoin à la cellule opérationnelle départementale.

3) La Veille, la sécurité et la gestion des crises sanitaires.

Définition de la veille et de la sécurité sanitaires

On entend par, veille et sécurité sanitaires, l'ensemble des activités suivantes :

La collecte et l'analyse en continu de signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique, dans une perspective d'anticipation, d'alerte, et d'action précoce. Ces signaux peuvent être issus :

de systèmes de surveillance épidémiologique ou environnementaux ;

d'évènements signalés par toute organisation sociale (association…) ou administrative, voire par des particuliers. Ces signaux sont alors captés et filtrés par un dispositif adapté ;

Les actions sanitaires de prévention (maladies infectieuses, mesures environnementales, médicaments …) en population générale ou en collectivité ;

La mise en œuvre des mesures curatives visant à la protection des populations contre les risques liés aux milieux ou modes de vie (salubrité des milieux de vie, alimentation en eau destinée à la consommation humaine …) ;

L'élaboration et le suivi du PRAGUS (volet du PRS) et l'animation d'une politique sur les vigilances (dont les investigations et le suivi des infections nosocomiales avec le C-Clin sud-est) ;

La mise en place et le suivi d'une documentation, l'élaboration de fiches de protocoles et leur actualisation, l'élaboration des volets sanitaires des plans d'urgence ;

L'information régulière sur la situation sanitaire et les données épidémiologiques (dont le suivi des bulletins de décès) à destination notamment des Préfets et des différents partenaires.

Le Directeur Général de l'ARS garantit une organisation sur 52 semaines, 24H/24 et 7j/7, qui permette au Préfet de département de disposer à sa demande, dans le cadre de la veille et la sécurité sanitaires, des compétences de l'ARS, conformément aux modalités d'organisation décrites ci-après **selon les 3 étapes de la VSS : préparation, alerte et gestion.**

La préparation

La veille et sécurité sanitaires comportent une dimension importante de préparation en amont des étapes d'alerte et de gestion.

Le Directeur Général de l'ARS met en place une organisation régionalisée de préparation et de suivi de l'ensemble des procédures et des plans (volet sanitaire des plans) afin d'assurer un appui à leur mise en cohérence.

Le Directeur Général de l'ARS s'engage à participer aux exercices de sécurité et défense civile, et à former, à la demande des Préfets, et avec l'accord du DG de l'ARS, tout agent des services de l'État, à la gestion des crises sanitaires.

L'alerte

Une alerte est déclenchée par le Directeur Général de l'ARS auprès du Préfet de département après la vérification et analyse par ses services des évènements, des indicateurs sanitaires, des signaux environnementaux et des données d'autres origines (données Météo, statistiques de décès, indicateurs de pollution, etc.…) collectés en routine. En effet, l'enregistrement d'un signal nécessite qu'il soit qualifié, son potentiel de dangerosité apprécié et, au besoin, que des investigations complémentaires soient menées sur la possibilité d'induire une crise sanitaire, avant de déclencher une alerte.

Surveillance des évènements : signaux sanitaires comme les Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO), les cas groupés dans un délai et un espace restreints ou « clusters » (maladies infectieuses ou non) les évènements indésirables dans un établissement de santé, les évènements NRBC, les évènements environnementaux, etc.…

Surveillance des indicateurs : données recueillies en permanence comme les capacités en lits disponibles des établissements de santé (ES), ou celles provenant du dispositif « Sursaud » (surveillance sanitaires des urgences et des décès), le degré de préparation des plans d'urgence sanitaires, les chiffres d'infections nosocomiales, etc.…

Le Directeur général de l'ARS met en place en interne une permanence régionale de réception et d'analyse des signaux et de décision et de diffusion d'alerte utilisable 24H/24 et 7j/7.

Il s'agit d'une plate-forme régionale dotée des outils, annuaires et procédures utilisables en astreinte et des personnels administratifs et techniques formés et compétents.

La gestion

La gestion d'une situation ou d'un évènement à conséquence sanitaire pour la population fait référence à deux types de situations qui, même si elles peuvent différer dans leur importance, ne peuvent être séparées et constituent un continuum :

Gestions à procédures « protocolisées » comme les maladies à déclaration obligatoire (MDO), les volets sanitaires des études d'impact, les intoxications au CO…;

Gestions à procédures non « protocolisées », comme les cas groupés de maladies infectieuses en collectivité, l'exposition de populations à un milieu contaminé, les clusters de cancers … ;

Gestion d'une situation exceptionnelle, soit par sa nature en particulier NRBC, soit par l'importance de l'évènement.

Le Directeur Général de l'ARS garantit dans ce cadre, un pilotage régional, sous sa responsabilité, par le biais d'une équipe régionalisée composée de personnels administratifs et techniques formés et compétents, en astreinte 24H/24 et 7j/7 afin :

D'assurer au Préfet un déclenchement et une mise en place immédiate des mesures et des procédures de gestion pour chaque situation ;

De mettre à disposition du Préfet les capacités d'expertise, les moyens humains et matériels mobilisables et opérationnels nécessaires à la gestion de chaque situation ;

De doter le Préfet des données, informations et compétences nécessaires pour :

mobiliser les moyens adaptés, en particulier les réseaux sanitaires

rédiger et diffuser, en lien avec les instances locales et nationales, les messages sanitaires de communication adaptés et cohérents,

D'assurer la présence d'un représentant du directeur de l'ARS au sein de la cellule opérationnelle départementale ;

De rendre compte des bilans de retour d'expérience réalisés lors des alertes survenues et de leur exploitation en vue de proposer, le cas échéant, des nouvelles solutions.

Délégation de signature du représentant de l'Etat dans le département au DGARS **:**

Vaccinations.

- L3111-8 Obligation de vaccination antivariolique en cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie ;

- R3111-11 Ajournement des vaccinations en cas d'épidémie ;

- D3111-20 Mise en œuvre de mesures sanitaires lorsqu'un cas de variole est confirmé.

Autres mesures de lutte.

- R3114-9 Lutte anti-vectorielle - Prescription de mesures de prospection, traitement, travaux et contrôles ;

- R3114-11 Dératisation et désinsectisation des navires - Autorisation d'utiliser les produits ;

- R3114-16/21/22 Dératisation et désinsectisation des navires - Contrôle dans le cadre du contrôle sanitaire aux frontières.

Lutte contre la propagation internationale des maladies*.

- L3115-1 Habilitation de différents agents du ministère si nécessaire pour effectuer le contrôle sanitaire aux frontières, possibilité de confier le contrôle technique et la délivrance des certificats à des personnes ou des organismes agréés ;

- L3115-2 En cas de voyage international les exploitants informent les clients des risques pour la santé publique constatés par les autorités sanitaires dans les lieux de destination.

Menaces sanitaires graves-Dispositions applicables aux réservistes sanitaires

- L3131-7 Information du SAMU du département et des collectivités territoriales du déclenchement d'un ou plusieurs plans blancs ;

- L3131-8 Possibilité de procéder à des réquisitions nécessaires ;

- R3131-7 Le Préfet arrête le plan blanc élargi.

Règles d'emploi de la réserve

- L3134-2 Affectation des réservistes par le représentant de l'Etat.

*** S'agissant du contrôle sanitaire aux frontières,** il est précisé que ces missions, réalisées sous l'autorité du Préfet, sont coordonnées par l'Agence Régionale de Santé qui met en œuvre les activités de veille, de réponse aux urgences, d'inspection et de contrôle, dans le cadre du Règlement Sanitaire International.

4) L'inspection et le contrôle visée au dernier alinéa de l'article L 1435-7

Le DG de l'ARS a la responsabilité d'arrêter le programme annuel de contrôle des établissements, services et structures sanitaires et médico-sociaux, y compris sur le volet maltraitance. Il le fait, après avoir recueilli les propositions du Préfet de département, et dans le respect des priorités nationales et de celles inscrites au Programme Régional de Santé.

Sur le rapport d'un agent exerçant, sous son autorité, des missions d'inspection et de contrôle, au titre des articles L 1435-7 et L 1421-1 du code de la santé publique, le DGARS signale au

représentant de l'Etat dans le département toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de sa compétence.

Le DGARS communique notamment l'ensemble des éléments du rapport qui permettront au représentant de l'Etat dans le département d'asseoir sa décision, dans son champ de compétence. Ils conviennent de se concerter pour coordonner leur action.

Le Préfet a la responsabilité d'arrêter le programme annuel de contrôle des établissements et services sociaux, et peut faire appel aux moyens de l'ARS lorsqu'un contrôle dans ce domaine nécessite la mobilisation de compétences techniques spécifiques uniquement détenues par l'ARS.

Dans le cas d'une inspection à diligenter en urgence, le représentant de l'Etat dans le département avise le DGARS de la nature du besoin, des compétences à mobiliser, et lui communique les éléments en sa possession permettant de préparer utilement l'inspection. Le DGARS informe en retour le représentant de l'Etat dans le département du nom et qualité des personnes qu'il missionne pour exercer l'inspection, ainsi que du planning établi pour la réaliser.

5) Service public de la permanence des soins

Modalités d'organisation du service public de la permanence des soins :

Conformément aux dispositions de l'article L 1435-5 du Code de la Santé Publique, les modalités d'organisation de la mission de service public de permanence des soins, sont élaborées dans le département en concertation avec les représentants des professionnels de santé et arrêtées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé et ce après avoir sollicité l'avis du représentant de l'Etat dans le département.

Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS)

La participation de l'ARS à cette instance sera conforme aux textes réglementaires qui sont à paraître prochainement.

Réquisitions

En application de l'art. L6314-1 du code de la santé publique, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de la mission de service public de permanence des soins.

Article 3

Une nécessaire sécurité des systèmes d'information.

Chaque partie s'engage à garantir les droits d'accès aux données et ressources du système d'informations partagé entre elles (BAL, messagerie..) et veille à la sécurité physique et logique des données et à la régularité des opérations effectuées, en particulier par la mise en place de mécanismes d'authentification et de contrôle adéquats, et de procédures de sauvegarde.

Ces mécanismes permettent d'assurer que les utilisateurs des dites ressources, identifiés au préalable, du côté de l'ARS et du représentant de l'Etat, possèdent uniquement les droits qui leurs ont été octroyés.

Article 4

*Une réponse permanente, professionnelle et de proximité pour l'ARS au bénéfice du représentant de l'Etat et des usagers***.**

Afin de répondre de façon active, réactive et coordonnée au niveau régional, notamment aux missions de veille et de sécurité sanitaire et d'hospitalisation sous contraintes, l'ARS se doit d'organiser une réponse H24, et 7 jours sur 7.

Un point d'entrée unique valable 24h/24 est mis en place par le Directeur Général de l'ARS, comportant :

Pendant les heures ouvrées (de 8h30 à 18h) :

un numéro de téléphone dédié à la veille et à la sécurité sanitaires : 04.91.00.51.18

une adresse messagerie BAL dédiée à la veille et à la sécurité sanitaires ars-paca-dt13-alerte@ars.sante.fr

Hors heures ouvrées (les soirs de semaine de 18h à 8h30, les WE et jours fériés), le représentant de l'Etat pourra joindre le cadre d'astreinte de l'ARS par l'intermédiaire du standard de la préfecture des Bouches du Rhône (04.91.15.60.00).

Trois niveaux d'astreinte sont organisés par l'ARS.

Premier niveau d'astreinte assuré par la Délégation Territoriale :

qui sera chargée de préparer les documents soumis à la signature des membres du corps préfectoral relevant du domaine des hospitalisations sans consentement,

qui traitera les demandes ou qui les orientera vers l'astreinte technique,

qui sera présent, en premier niveau, à la préfecture, lors du déclenchement d'une cellule opérationnelle départementale.

Le cadre d'astreinte aura aussi la responsabilité de rendre compte au DG de l'ARS et aux autorités nationales du ministère de la santé de tous événements exceptionnels, événements indésirables et graves, en lien avec le représentant de l'Etat ou directement sous son autorité dans les cas de mise sous emploi tels que visés aux articles L 1435-1 et L 1435-2 du code de la santé publique.

Deuxième niveau d'astreinte, dit « technique », réalisé hebdomadairement, par un médecin, un ingénieur ou technicien en santé environnementale. Compte tenu des délais nécessaires d'organisation et de logistique, cette astreinte technique régionale ne sera opérante qu'à la fin de l'année 2010, et sera mise en œuvre, en lien avec chaque Préfet. Dans l'attente, les organisations actuelles seront maintenues afin de garantir la continuité du service H 24, 7 Jours/7.

Les astreintes dites « techniques» sont complétées par l'astreinte de la CIRE (Cellule Interdépartementale et Régionale d'Epidémiologie), et par l'astreinte de l'ARS de Zone de Défense et de Sécurité.

Troisième niveau d'astreinte : dit de « direction », chaque membre du COMEX (comité exécutif de l'ARS) organisera à tour de rôle une astreinte hebdomadaire, qui relayera les demandes des autorités nationales aux autorités locales, et qui gèrera et tiendra informées les autorités nationales, au niveau régional, des situations et évènements sanitaires les plus graves.

Le Directeur Général de l'ARS informera sans délai le Préfet de département de tout évènement sanitaire grave présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public. A cet effet, le Préfet garantit au DGARS qu'il pourra joindre à tout moment un membre du corps préfectoral par l'intermédiaire du standard de la Préfecture (04.91.15.60.00).

Article 5

Une conférence régionale de sécurité sanitaire est créée.

Elle est composée des Préfets de départements de la région PACA, du DG de l'ARS et de ses représentants, dont un membre de la mission régionale de recherche et de développement en santé publique.

Le Préfet de région et le DG de l'ARS, en accord avec les Préfets de département, déterminent la périodicité selon laquelle la conférence régionale se réunit. Un rythme d'une réunion au moins une fois par an devra être respecté. Les réunions de cette conférence peuvent se tenir par tous moyens.

La conférence est en outre réunie, notamment en cas d'urgence, sur demande du Directeur Général de l'ARS ou de chacun des Préfets de départements de la région PACA.

Son secrétariat est assuré par la direction générale de l'ARS.

Elle est chargée, notamment, sous la présidence du Préfet de région :

D'examiner les projets et protocoles mis en place par l'Agence Régionale de Santé et les Préfets de département et leurs conditions de réalisation ;

D'échanger les informations sur la situation sanitaire de la région, la survenue d'évènements ou de risques susceptibles de porter atteinte à la santé de la population ;

De coordonner à l'échelle de la région la politique de sécurité sanitaire et de santé publique ;

De coordonner, à l'échelle de la région, les moyens mis en œuvre par l'Agence Régionale de Santé pour l'exercice des compétences des préfets de département en application de l'article L 1435 -1.

Une première réunion de la conférence régionale de sécurité sanitaire sera organisée avant la fin de l'année 2010.

Article 6

Dans le cadre des dispositions des articles L 1435-1 et L1435-2, le Directeur Général de l'ARS mettra à disposition, en permanence, son expertise technique et ses moyens de communication pour aider le représentant de l'État à communiquer à l'attention des medias, des élus, de tout partenaire dans le domaine de la sécurité sanitaire.

Dans le domaine de la sécurité sanitaire, le Préfet de département, en accord avec le DG de l'ARS ou de son représentant désigné, pourra proposer que la communication soit assurée par l'ARS directement (par tout moyen adapté, qui lui sera propre).

Les messages sanitaires de communication sont préparés par le Directeur Général de l'ARS, et transmis au Préfet de département, afin de déterminer conjointement quelle autorité communique dans ce cadre auprès du grand public, des médias, des élus et des professionnels de santé.

En situation de crise, le Préfet du département décide des principes et des modalités de communication.

Chacune des deux parties s'engage à :

- la discrétion de son personnel soumis au secret professionnel ;

- l'utilisation loyale des données et informations n'excédant pas les besoins ;

- la sécurité et la confidentialité des données et de l'information partagée.

Article 7

Ce protocole est établi pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction, à compter du 1er juillet 2010.

Chaque signataire peut, à tout moment, demander la révision du protocole. La révision n'est effective qu'avec l'accord des deux signataires.

Chaque année, un bilan et une évaluation des protocoles départementaux seront réalisés par les représentants de l'Etat et par le Directeur Général de l'ARS, afin d'être présentés et examinés par la conférence sanitaire régionale de sécurité sanitaire.

Le bilan sera adressé chaque année par le Préfet de région aux ministères de l'intérieur et de la santé (secrétaires généraux).

La préparation du bilan annuel et le suivi des actions décidées par la conférence régionale, seront réalisées sous la forme d'un comité de pilotage et de suivi technique régional, animé par la direction de la santé publique et environnementale de l'ARS et par un représentant désigné par chaque Préfet de département. Les Délégués Territoriaux Départementaux de l'ARS participeront à ce comité de pilotage.

Article 8

Dispositions particulières

Les annexes, ci jointes, font partie intégrante du protocole :

Arrêté donnant délégation de signature du Préfet au DGARS ;

Tableau des permanences de semaine, de week-ends et de jours fériés de la Délégation Territoriale de l'ARS

Liste des contacts permettant de joindre l'ARS

Fait à MARSEILLE, le 4aout 2010

Signé **Le Préfet du département des Bouches du Rhône**

Signé **Le Directeur Général de l'ARS de PACA**

Annexe 5 - Caractéristiques des différents systèmes d'information en santé-environnementale

Au sein des services santé environnement de l'ARS, les systèmes d'information en santé environnement (SISE) sont utilisés en matière de veille et d'alerte mais également en matière de gestion (procédures, informations, bilans locaux / départementaux / régionaux / nationaux / européens, de communication, lors de crise…)

Les SISE ont d'abord concerné le domaine des eaux d'alimentation avec SISE eaux. Puis ils se sont élargis aux baignades (SISE baignades), plus récemment au thermalisme (SISE thermalisme), à l'habitat (ORHEP, Saturnins, @riane), aux rayonnements ionisants (Appliradon), aux volets sanitaire des études d'impact (SISE ERSEI), à la liste de laboratoires agréés par le ministère de la santé (AGRELAB).

Certains outils sont développés localement en Paca : ORHEP, Piscines, Amiante.

Toutes ces applications sont des outils structurant les actions des services santé environnement dans les domaines concernés. Le premier plan national santé environnement visait d'ailleurs au renforcement de ces outils dans son action 35 « améliorer les performances des systèmes d'information en santé environnement ».

Les **bases de données** ont été constituées par la capitalisation et la structuration des données issues de la veille, de la gestion des procédures et des pratiques des services départementaux. Les données proviennent en majeure partie de l'activité des services eux-mêmes :

- contrôle sanitaire des milieux (SISE eaux, baignades, thermalisme),
- signalements et procédures d'urgence (habitat, ORHEP, @riane),
- pratiques en matière de suivi des dossiers d'installations classées pour la protection de l'environnement (SISE ERSEI),
- données obligatoires transmises aux ARS (ORHEP, @riane, Appliradon).

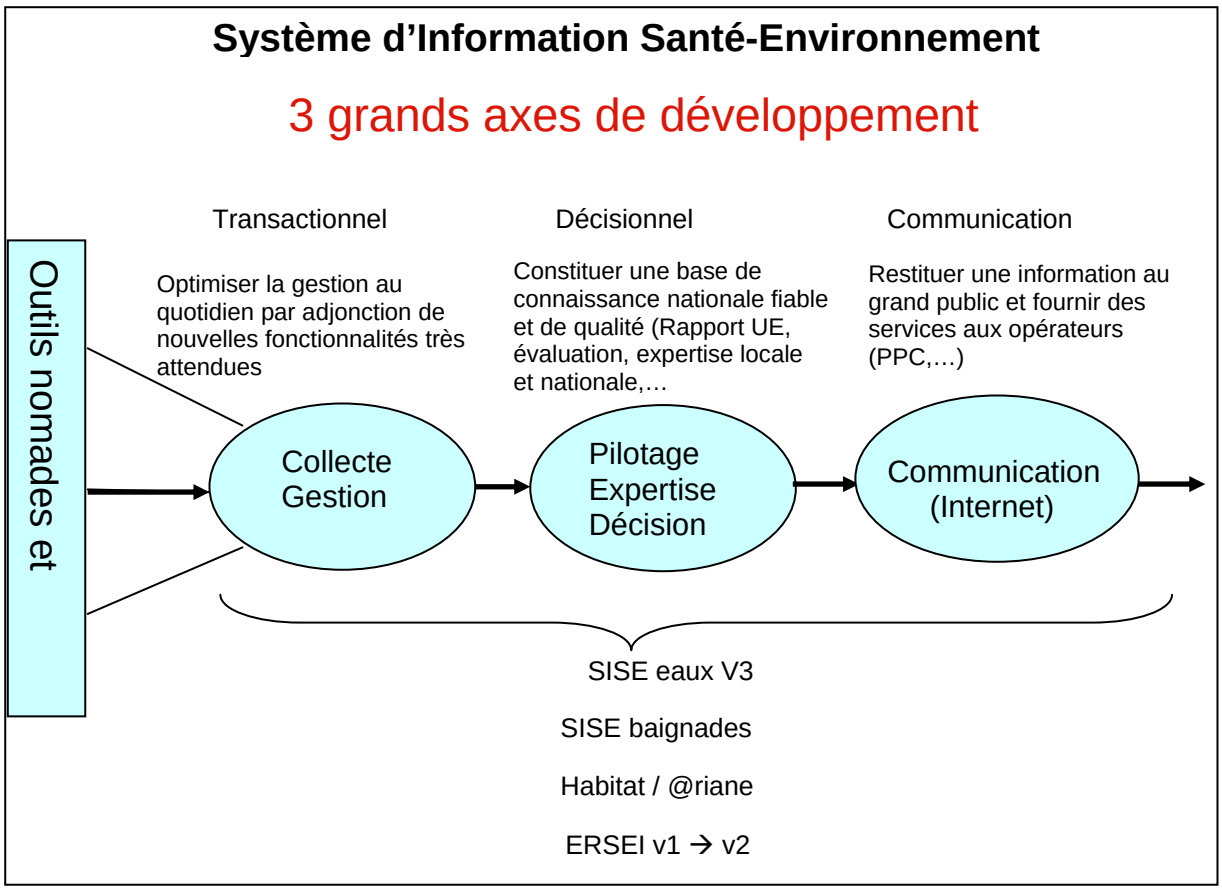
Ces données sont complétées par des informations provenant de systèmes de surveillance nationaux ou régionaux.

Les grands axes de développement proposés par le ministère de la santé pour ces dernières années concernent plus particulièrement:

- **le niveau transactionnel** : optimisation de la gestion au quotidien par adjonction de nouvelles fonctionnalités attendues,

- **le niveau décisionnel** : constitution d'une base de connaissance nationale fiable et de qualité (Rapport UE, évaluation, expertise locale et nationale,…),

- **la communication** : restitution d' informations au grand public et fourniture de services aux opérateurs.



Le champ des systèmes d'information devrait être élargi aux autres domaines de la santé environnementale. La difficulté réside dans la centralisation des données présentes chez un grand nombre de partenaires / acteurs concernés par ces thématiques.

Ces systèmes doivent être valorisés et leur utilisation intensive maintenue. L'administration et la gestion technique de ces bases de données nécessitent de disposer des personnels compétents à la fois en technologies informatiques et dans les métiers de la santé environnementale.

- **Le RESE** (réseau d'échange en santé environnement) est un outil d'information et d'échange en santé environnement qui existe depuis 1998. Il centralise toutes les informations et le savoir nécessaires à l'action des services. Il s'est créé autour d'une communauté d'intérêt (les acteurs des politiques publiques en santé environnementale) qui l'alimente de façon d'autant plus dynamique qu'elle en retire un intérêt pour sa pratique quotidienne. Hébergé par l'ARS Languedoc Roussillon, son accès est national.
  Une version Extranet a été créée en 2002 afin de permettre l'information des principaux partenaires du ministère dans le champ de la santé environnementale (ANSES[11], ASN[12]).
  Les agents du ministère y ont également accès dans le cadre de leurs astreintes ou de déplacements extérieurs. Aujourd'hui, l'accès en est ouvert aux services communaux d'hygiène et de santé (SCHS). Environ 150 sur 200 ont fait une démarche pour y accéder ; notamment tous ceux de PACA.

[11] ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
[12] ASN : Autorité de sûreté nucléaire

Les principaux systèmes d'information en santé environnement

SISE eaux constitue la composante « eaux d'alimentation » du système d'information en santé environnement mis en place par le ministère chargé de la Santé. Il s'agit d'un système informatique cohérent de gestion des données administratives, techniques et analytiques de la distribution de l'eau potable en France. L'adoption d'un modèle de données unique permet l'exploitation des données à tous les échelons géographiques : communal, départemental, régional, bassin hydrographique et national.
Depuis 1994, le système est alimenté à partir des données recueillies par les services santé environnement dans le cadre de leur mission de contrôle sanitaire des eaux d'alimentation. Une procédure hebdomadaire automatique assure la mise à jour d'une base nationale, permettant ainsi un suivi permanent et actualisé de la qualité de l'eau distribuée sur l'ensemble du territoire. En 2009, la base nationale comportait la description de plus de 100 000 installations (installations de traitement, systèmes de distribution, captages) et de plus de 300 000 points de surveillance. Le nombre de résultats analytiques stockés était supérieur à 60 millions, correspondant à près de 4 millions de prélèvements. Chaque année, cette banque de données s'enrichit de plus de 300 000 prélèvements et de près de 8 millions de résultats paramétriques.
Cette base sert également à mettre à la disposition du public tous les résultats d'analyse sur un site national dédié.

SISE thermalisme correspond au volet de Sise eaux consacré aux eaux minérales naturelles utilisées dans le thermalisme.

SISE baignades intègre tous les résultats analytiques du contrôle des eaux de baignade (environ 3 200 points suivis dont 480 en Paca) organisé par les ARS. Cette application permet d'établir des bilans par site / commune / département et d'assurer l'information en temps réel des baigneurs via un site national dédié.

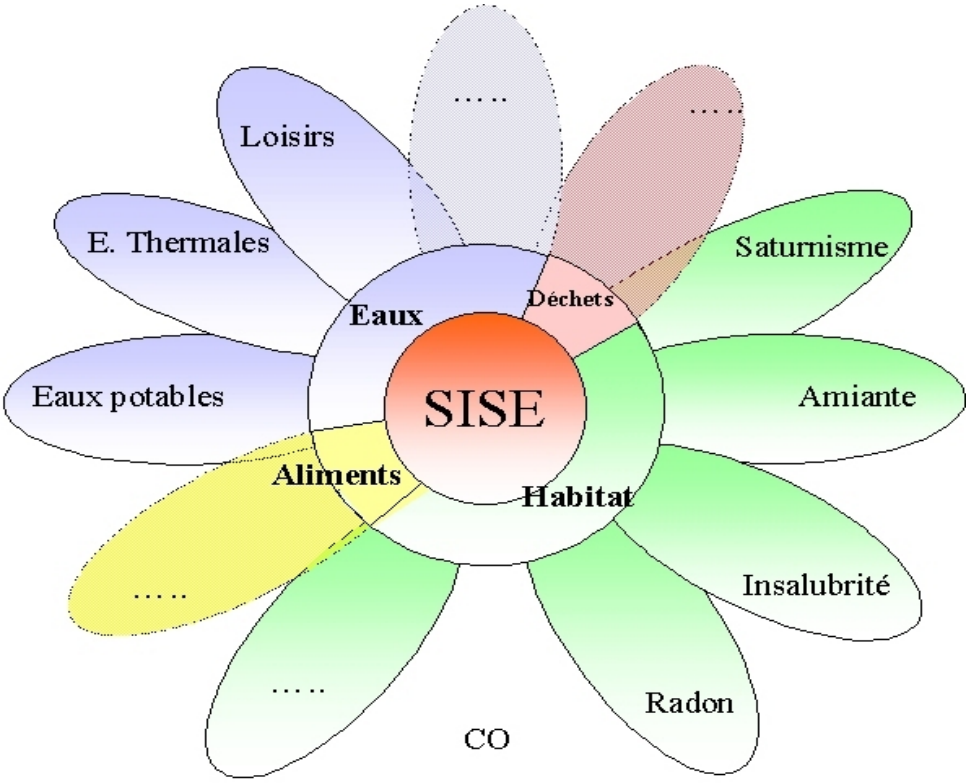
SISE piscines application détournée de Sise eaux ayant pour but la gestion des résultats analytiques du contrôle sanitaire des eaux de piscines (plus de 4500 en Paca).

@riane (ex ORHEP): la base de données Observatoire Régional de l'Habitat de l'Etat et de ses Partenaires (ORHEP) a été créée et développée en région PACA, essentiellement par la Ddass des Bouches-du-Rhône. Cette application centrée sur le saturnisme et l'insalubrité associait de nombreux partenaires départementaux (DDE, CAF,…) dont les données étaient insérées dans la base dont la Ddass était l'administrateur. Cette base de données était accessible en extranet par tous les partenaires, avec des droits d'accès spécifiques.
ORHEP a servi de base à la nouvelle application nationale sur l'habitat du ministère de la santé, baptisée @riane, qui en a repris les fonctionnalités. @riane est avant tout un dispositif d'aide à la conduite des procédures coercitives concernant le logement indigne. Il prend en charge les procédures de résorption de l'habitat insalubre, celles liées à la lutte contre le saturnisme dont l'exploitation des constats de risque d'exposition au plomb (CREP).
Il est prévu à terme d'élargir cette application aux mesures du radon et à l'amiante.

SISE ERSEI étend le système d'information en santé environnementale aux données collectées lors des évaluations des risques sanitaires faisant l'objet d'un examen par les ARS.
La mise en réseau de la base de données ainsi constituée permet l'amélioration des pratiques par la capitalisation de l'expérience acquise, l'optimisation du temps de traitement des dossiers, l'harmonisation des pratiques, un meilleur pilotage de cette activité par l'administration centrale, la valorisation de l'action des services.

Base Amiante qui a pour but la gestion les données Amiante relatives aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Cette base régionale sera déployée par l'ARS Paca courant 2011.

SIROCO qui constitue le système de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone, avec pour objectifs d'informer les pouvoirs publics de l'ampleur du phénomène et des circonstances de survenue. La base, pilotée par l'InVS, est alimentée par les services locaux (ARS, SCHS et Centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV)) avec les résultats des enquêtes techniques et médicales réalisées suite aux signalements d'intoxications. Un bilan épidémiologique est ensuite réalisé au niveau régional par les Cire et CAPTV et au niveau national par l'InVS.



Annexe 6 - Secret médical, signalement des maladies et investigations épidémiologiques

Le secret médical est la règle

L'**article 226-13** du code pénal prévoit que : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende ».

Mais l'article 226-14 du code pénal prévoit que l'art 226-13 précité n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.

Or, l'article L1413-15 indique que (…) tout professionnel de santé (est) tenu(.) de signaler sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée.

De même dans l'article L'art L1413-14 il est prévu que « Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. »

D'après l'art L3113-1 « Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés :
1° Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ;
2° Les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. »

La garantie de la protection de l'anonymat des personnes et la sécurité des données sont au cœur de l'enjeu du nouveau dispositif de notification des maladies à déclaration obligatoire. Les modalités de protection de l'anonymat et des données du nouveau dispositif ont été autorisées par la CNIL (délibération n° 02-082 du 19 novembre 2002).

L'article R3113-4 modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 86 précise que « Nonobstant la notification prévue à l'article R. 3113-2, les cas, avérés ou suspectés, de maladies ou d'anomalie biologique mentionnées au 1° de l'article L. 3113-1 sont signalés sans délai par le médecin ou le responsable du service de biologie ou du laboratoire d'analyses de biologie médicale, public ou privé, au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence.

Le destinataire du signalement évalue la nécessité de mettre en place d'urgence des mesures de prévention individuelle et collective et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition.

Sur la demande du médecin destinataire du signalement, le **déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'investigation et d'intervention, notamment l'identité et l'adresse du patient.**

Ces informations peuvent être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en œuvre des mesures de prévention individuelle et collective. Elles ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention. »

Annexe 7 - Définitions retenues pour le cadre conceptuel

Alerte de santé publique : signal validé pour lequel, après évaluation du risque, il a été considéré qu'il représente une menace pour la santé des populations et qui nécessite une réponse adaptée.

Données : ensemble des éléments permettant de construire et de caractériser un indicateur.

- **Collecter des données :** actions consistant à obtenir des informations sur la survenue d'évènements afin de générer des indicateurs ;
- **Analyser des données :** action consistant à caractériser et décrire les indicateurs de surveillance, à détecter des évènements ou des évolutions inhabituelles afin de reconnaître des phénomènes ou des caractéristiques anormales ou inhabituelles témoignant d'un risque potentiel pour la santé humaine ;
- **Interpréter des données :** action consistant à confirmer l'attribution du changement observé dans les données à un changement réel des caractéristiques de survenue des évènements.

Déclenchement de l'alerte : ensemble des actions entreprises pour informer les autorités compétentes en vue d'organiser la réponse.

Examen de la pertinence du signal : action consistant à confirmer que le signal est dans le champ de la santé publique.

Évaluation de la menace : action consistant à estimer l'impact potentiel du signal validé sur la santé des populations et ses déterminants, afin d'initier des actions de réponse.

Évènement de santé : survenue d'une maladie ou exposition à un agent pouvant avoir un impact sur la santé dans la collectivité dans laquelle cette maladie ou cette exposition survient.

Indicateur : mesure construite à partir de variables collectées dans le cadre d'un système de surveillance qui reflète l'état de santé d'un groupe de population, ou une exposition via les milieux en contact avec l'homme.

Investigation : action consistant à décrire et analyser la situation à l'origine de l'alerte afin d'identifier des options de gestions argumentées par l'observation et ainsi définir les actions de gestion appropriées.

Gestion d'une alerte de santé publique : ensemble d'actions coordonnées consistant à mettre en œuvre les mesures de santé publique appropriées afin de maîtriser l'alerte et de réduire son impact.

Réponse : ensemble des actions permettant de comprendre (investigation) et de réduire la menace (gestion) représentée par un signal validé.

Signal sanitaire : évènement de santé pouvant révéler une menace pour la santé publique.

Signal environnemental : situation d'exposition à un danger pouvant révéler une menace pour la santé publique.

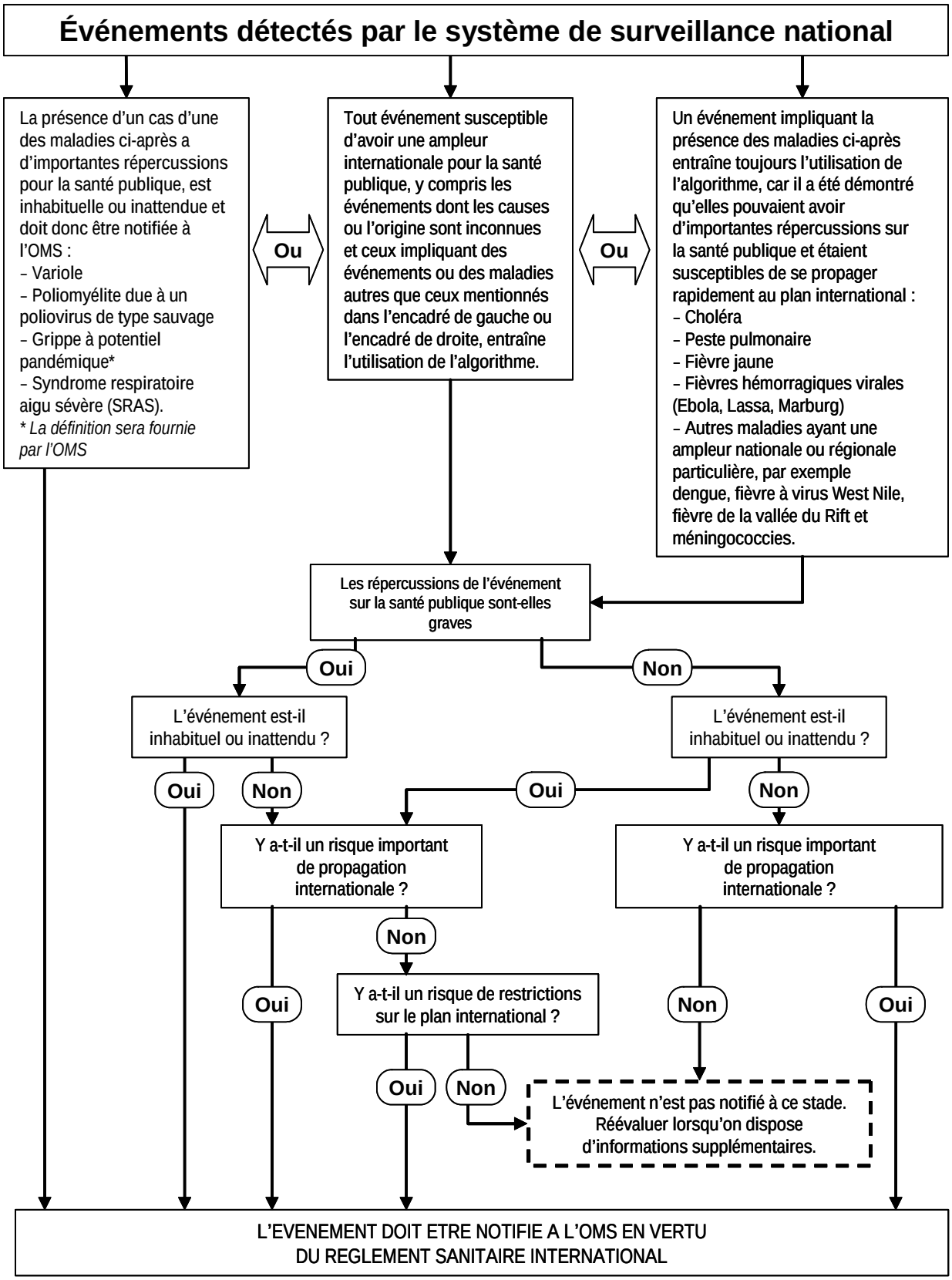
Surveillance : collecte systématique et continue de données ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans une perspective d'aide à la décision.

Validation d'un signal : vérification de l'existence de l'évènement ET examen de la pertinence d'un signal.
Veille sanitaire : ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

Vigilance : surveillance appliquée à la détection d'effets indésirables liés à l'utilisation de produits ou de matériels.

Annexe 8 - Algorithme du RSI

INSTRUMENT DE DECISION PERMETTANT D'EVALUER ET DE NOTIFIER LES EVENEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTE PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE



L'EVENEMENT REPOND-IL A DEUX AU MOINS DES CRITERES SUIVANTS ?

I. Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?	
Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves ?	1. *Le nombre de cas et/ou le nombre de décès pour ce type d'événement est-il élevé pour le lieu et la période considérés ?*
	2. *L'événement risque-t-il d'avoir d'importantes répercussions sur la santé publique ?* EXEMPLES DE CIRCONSTANCES POUVANT AVOIR D'IMPORTANTES RÉPERCUSSIONS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE : ✓ Événement causé par un agent pathogène ayant un fort potentiel épidémique (infectiosité de l'agent, taux de létalité élevé, voies de transmission multiples ou (porteur sain). ✓ Indication de l'échec du traitement (résistance nouvelle ou émergente aux antibiotiques, échec du vaccin, résistance aux antidotes ou échec des antidotes). ✓ L'événement constitue un risque important pour la santé publique, même si le nombre de cas recensés chez l'être humain est nul ou très faible. ✓ Cas signalés parmi le personnel de santé. ✓ Les populations à risque sont particulièrement vulnérables (réfugiés, couverture vaccinale insuffisante, enfants, personnes âgées, immunodéprimés, dénutris, etc.). ✓ Facteurs concomitants susceptibles d'entraver ou de retarder l'action (catastrophes naturelles, conflits armés, conditions météorologiques défavorables, foyers multiples dans le pays). ✓ L'événement survient dans une zone à forte densité de population. ✓ Dissémination dans l'environnement d'un agent chimique ou radionucléaire qui a contaminé ou risque de contaminer une population et/ou une vaste zone géographique.
	3. *Une aide extérieure est-elle nécessaire pour détecter, étudier, endiguer et maîtriser l'événement en cours, ou pour éviter de nouveaux cas ?* EXEMPLES DE CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES UNE AIDE PEUT ÊTRE NÉCESSAIRE : ✓ Ressources humaines, financières, matérielles ou techniques insuffisantes, en particulier : – moyens de laboratoire ou épidémiologiques insuffisants pour étudier l'événement (matériel, personnel, ressources financières) ; – manque d'antidotes, de médicaments et/ou de vaccins et/ou de matériel de protection, de décontamination ou de soutien pour satisfaire les besoins estimés ; – incapacité du système de surveillance existant à détecter de nouveaux cas.
	LES REPERCUSSIONS DE L'ÉVÉNEMENT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE SONT-ELLES GRAVES ? **Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 1, 2 ou 3 ci-dessus.**

II. L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?	
L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?	4. *L'événement est-il inhabituel ?* EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INHABITUELS : ✓ L'événement est causé par un agent inconnu (biologique, chimique ou radionucléaire), ou bien la source, le vecteur, la voie de transmission sont inhabituels ou inconnus. ✓ L'évolution des cas est plus grave que prévu (notamment le taux de létalité) ou s'accompagne de symptômes inhabituels. ✓ La survenue de l'événement est inhabituelle pour la zone, la saison ou la population.
	5. *L'événement est-il inattendu ?* EXEMPLES D'ÉVÉNEMENTS INATTENDUS : ✓ L'événement est causé par une maladie/un agent qui a déjà été éliminé(e) ou éradiqué(e) dans le pays ou qui n'a pas été signalé(e) précédemment, ou par une substance chimique dont l'utilisation a été interdite ou limitée au niveau national/international. ✓ Événement dont on sait ou dont on soupçonne qu'il résulte de la dissémination intentionnelle ou accidentelle d'un agent chimique, radionucléaire ou biologique.
	L'EVENEMENT EST-IL INHABITUEL OU INATTENDU ? **Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 4 ou 5 ci-dessus.**

III. Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?	
Y a-t-il un risque important de propagation internationale ?	6. *Y a-t-il des signes de lien épidémiologique avec des événements semblables dans d'autres pays ?*
	7. *Y a-t-il un facteur quelconque qui fasse craindre la possibilité d'un mouvement transfrontières de l'agent, du vecteur ou de l'hôte ?* EXEMPLES DE CIRCONSTANCES FAVORABLES À UNE PROPAGATION INTERNATIONALE : ✓ Quand il y a des signes de propagation locale, un cas indicateur (ou d'autres cas qui lui sont associés) : – ayant effectué un voyage international au cours du mois précédent (ou pendant une durée équivalant à la période d'incubation si l'agent pathogène est connu) ; ou – ayant participé à un rassemblement international (pèlerinage, manifestation sportive, conférence, etc.) ; ou – ayant eu un contact rapproché avec un voyageur international ou une population très mobile. ✓ Événement causé par la dissémination dans l'environnement (par exemple, dans l'air ou dans l'eau) d'un agent qui risque de franchir les frontières internationales. ✓ Événement survenant dans une zone de trafic international intense ayant une capacité limitée de contrôle sanitaire, de détection dans l'environnement ou de décontamination.
	Y A-T-IL UN RISQUE IMPORTANT DE PROPAGATION INTERNATIONALE ? **Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 6 ou 7 ci-dessus.**

IV. Y a-t-il un risque important de restrictions aux voyages ou aux échanges internationaux ?	
Y a-t-il un risque important de restrictions sur le plan international ?	8. *Des événements semblables survenus dans le passé ont-ils entraîné l'imposition de restrictions aux échanges et/ou aux voyages internationaux à l'encontre du pays affecté ?*
	9. *Soupçonne-t-on ou sait-on que la source est un produit alimentaire, de l'eau ou toute autre marchandise susceptibles d'être contaminés, qui ont été exportés dans d'autres pays ou importés d'autres pays ?*
	10. *L'événement s'est-il produit dans le cadre d'un rassemblement international ou dans une zone de tourisme international intense ?*
	11. *L'événement a-t-il suscité des demandes d'informations supplémentaires de la part de responsables étrangers ou de médias internationaux ?*
	Y A-T-IL UN RISQUE IMPORTANT DE RESTRICTIONS AUX ECHANGES OU AUX VOYAGES INTERNATIONAUX ? **Répondre « oui » si l'on a répondu « oui » aux questions 8, 9, 10 ou 11 ci-dessus.**

Les États Parties ayant répondu « oui » à la question de savoir si l'événement satisfait à deux des quatre critères (I-IV) énoncés ci-dessus doivent adresser une notification à l'OMS, en vertu de l'article 5 du Règlement sanitaire international.

SCHEMA REGIONAL

DE PREVENTION

Volet Prévention promotion de la santé et santé environnementale

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SOMMAIRE

1. DÉFINITIONS 5

1.1 Promotion de la santé 5

1.2 La prévention 5

1.2.1 L'éducation pour la santé 5

1.2.2 La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques 5

1.2.3 La prévention au bénéfice des patients ou de leur entourage 5

2. VALEURS ET PRINCIPES 6

2.1 Les valeurs 6

2.2 Les principes 7

3. UNE RÉGION CARACTÉRISÉE PAR DE FORTS CONTRASTES D'ÉTATS DE SANTÉ 8

4. DES SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES MARQUÉES EN MATIÈRE SOCIALE ET DE SANTÉ... 10

4.1 Une pauvreté importante dans la région et concentrée dans certains territoires 10

4.2 Une mortalité prématurée plus marquée en zone rurale de montagne et dans des territoires en forte vulnérabilité sociale 12

4.3 Des territoires en surmorbidité significative pour l'ensemble des ALD avec une vulnérabilité sociale marquée pour beaucoup d'entre eux 15

4.4 Des spécificités environnementales marquées 19

4.5 Des priorités de travail spécifiques selon les territoires repérés 20

5. DES RESSOURCES PARFOIS INSUFFISANTES 22

5.1 Eléments d'analyse issus des évaluations 24

6. PRIORITÉS DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION VOLET PPS 26

7. SYNTHÈSE DES OBJECTIFS RETENUS PAR PUBLIC 28

7.1 Population générale 28

7.2 Femmes enceintes, parents et petite enfance 30

7.3 Enfants, adolescents, jeunes 31

7.4 Personnes les plus démunies : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 32

7.5 Personnes atteintes de maladies chroniques 34

7.6 Personnes vieillissantes et personnes en situation de handicap 35

7.6.1 Personnes vieillissantes 35

7.6.2 Personnes en situation de handicap 36

8. UNE STRATÉGIE ASSOCIANT ACTIONS EN POPULATION GÉNÉRALE ET MESURES CIBLÉES 37

8.1 Des programmes ou plans d'action populationnels 37

8.2 Quatre axes à conjuguer 38

9. RECHERCHER L'EFFICIENCE 39

10. CONCLUSION 41

INTRODUCTION

Le schéma régional de prévention (SRP) inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il est construit autour de deux volets :

- Un volet relatif à la Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN),
- Un volet relatif à la prévention et à la promotion de la santé, et à la santé environnementale (PPS).

La thématique santé environnementale est systématiquement abordée dans chacun des deux volets du SRP.

Le schéma régional de prévention est élaboré dans le cadre d'une **démarche participative,** en articulation avec les autres schémas (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale et Schéma Régional d'Organisation des Soins).

La gouvernance du schéma est définie autour :

- D'une équipe projet, constituée de représentants de l'ARS et de partenaires institutionnels, qui a pour vocation de piloter et de suivre l'élaboration des deux volets du schéma, afin de garantir leur cohérence et leur articulation.
- D'un groupe technique, essentiellement composé d'acteurs de terrain et partenaires de l'ARS, qui a notamment pour mission de travailler sur les ressources, les besoins et les priorités du schéma. (cf. composition p. 34-35)

Des échanges avec la section spécialisée de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ont également eu lieu, au fur et à mesure de l'avancée du travail.

Le volet PPS du schéma régional de prévention doit notamment organiser les services et activités pour contribuer à l'atteinte des objectifs du PSRS, c'est pourquoi il est élaboré, en cohérence avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), sur la base des cinq domaines stratégiques suivants :

- Inégalités de santé
- Personnes en situation de handicaps et personnes âgées
- Périnatalité et petite enfance
- Maladies chroniques
- Santé mentale et addictions

L'enjeu de ce travail est évidemment majeur, puisqu'il s'agit, pour la première fois, de rédiger un document qui, dans le cadre des orientations de la politique nationale de santé et du plan stratégique régional de santé, définisse pour notre région :

- le cadre général (définitions, valeurs et principes) des programmes et actions de prévention et de promotion de la santé,
- des objectifs prioritaires visant à répondre aux principaux besoins et problèmes de santé connus, ou repérés dans le cadre de l'élaboration du schéma, pour chaque territoire,
- les moyens et les formations nécessaires pour améliorer la qualité des actions,
- un cadre de coopération entre acteurs et entre institutions.

Plusieurs étapes ont été suivies pour élaborer ce schéma :

- **adopter un corpus de valeurs et principes** qui servent de référence aux acteurs et institutions engagées dans des actions de prévention et de promotion de la santé. Ce travail pourra servir de trame à une charte régionale visée par les cahiers de charges des appels à projets et par les conventions passées avec les opérateurs. Il convient de souligner que les valeurs et principes ont été définis collégialement, afin de permettre un certain degré d'appropriation par les différents acteurs concernés.
- **analyser les besoins par territoires**. Différents indicateurs et informations disponibles dans les délégations territoriales de l'ARS ont été utilisés pour repérer des territoires prioritaires (en particulier du fait de la situation sociale y prévalant) et pour dégager des spécificités territoriales. Une brève analyse des caractéristiques principales de la région portant sur les populations, déterminants ou pathologies qui faisaient l'objet des programmes du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), permettra de contribuer à cette approche territoriale, en particulier quand les éléments disponibles à cette échelle sont insuffisants.
- **analyser les ressources disponibles sur les territoires**. Pour ce schéma, c'est à l'échelle des territoires de proximité (carte en annexe 1) qui sont proches, dans leur découpage, des territoires de proximité utilisés dans le cadre du PRSP, que cette analyse a été effectuée ; il s'agit uniquement de territoires d'études qui ne se substituent pas aux départements qui sont les seuls territoires opposables.
- **définir des objectifs** spécifiques par territoire et des objectifs transversaux à l'échelle départementale ou régionale, dans chacun des domaines stratégiques du PSRS, en associant à ce travail les délégations territoriales et les chefs de projet transversaux des domaines stratégiques du PSRS.

Ce travail a abouti à la rédaction d'un volet PPS du schéma composé de deux parties distinctes : le schéma proprement dit, avec ses annexes, et un document préparatoire portant sur l'analyse effectuée pour chaque domaine stratégique. Par ailleurs, à la demande de l'ARS, le Comité Régional d'Education pour la Santé a rédigé un glossaire portant sur les termes couramment usités dans ce champ et constitué un dossier documentaire ; ces documents sont accessibles sur le site de l'ARS et du CRES.

1. Définitions

Il ne nous appartient évidemment pas d'apporter des définitions spécifiques de la prévention ou de la promotion de la santé. Les définitions proposées ici sont issues des documents élaborés par le ministère de la santé pour soutenir la rédaction des schémas (cf. annexe 2).

1.1 Promotion de la santé

Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chacun (la cible est l'ensemble de la population) à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres, la promotion de la santé comprend un ensemble d'activités à portée sociale, économique et politique. Ces activités visent à rendre chacun acteur de la santé, en prenant en compte l'ensemble des déterminants, dans une approche écologique et systémique.

1.2 La prévention

La définition de la prévention retenue dans le schéma prend en compte son évolution récente, d'une approche centrée sur la maladie, en amont ou en aval de celle-ci, à une approche centrée sur la participation des personnes[1].

1.2.1 L'éducation pour la santé

C'est la ***prévention universelle***. Elle comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.

1.2.2 La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Elle correspond à la ***prévention orientée***, destinée aux divers sous-groupes, en fonction de leurs risques spécifiques, qu'existent ou non des facteurs de risque. Elle tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés.

Elle repose sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques. Elle fait souvent appel à des interventions relevant des acteurs du soin.

1.2.3 La prévention au bénéfice des patients ou de leur entourage

C'est la **prévention ciblée**.

Les actions prennent en compte la sécurité des patients, la qualité des soins, l'éducation thérapeutique, la réadaptation et la réinsertion.
Le lien de cette partie du schéma avec les autres schémas sectoriels (SROMS et SROS) de même qu'avec le volet VAGUSAN du SRP est évident.

[1] San Marco JL, Ferron C. fiche 2 La prévention in Bourdillon F. (sous la direction de) *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 192 p.

2. Valeurs et principes

Les actions de prévention et de promotion de la santé sont mises en œuvre par un grand nombre d'acteurs appartenant le plus souvent à des associations qui peuvent avoir une dimension nationale ou très locale. Ceci rend particulièrement nécessaire de définir des valeurs et des principes[2] qui serviront de référence à l'ensemble de ces acteurs, mais aussi à l'ARS dans le cadre de l'élaboration des appels à projets à venir.
Ces valeurs et principes qui vont servir de références[3] au volet PPS du schéma régional ont été définis, à l'issue d'un temps de travail spécifique du groupe technique.

2.1 Les valeurs

Les valeurs s'ordonnent autour de deux grands axes :

- des valeurs universelles ou « républicaines » :

La principale ambition du schéma régional de prévention est de garantir ***l'égalité*** des citoyens en matière de prévention ou de promotion de la santé et ***l'universalité*** de ces démarches. La prévention pour tous doit donc être un objectif majeur du schéma.

Mais, pour autant, il est aujourd'hui acquis que les actions de portée générale dans ce domaine ont tendance à creuser les inégalités de santé[4]. ***L'équité***, c'est à dire l'adaptation des actions aux différents publics visés pour les rendre plus accessibles, est donc une valeur fondamentale pour le schéma pour rétablir un accès égal à la prévention

- des valeurs qui s'inscrivent plutôt en référence à un positionnement professionnel spécifique au thème prévention promotion de la santé :

L'action des intervenants en prévention ou promotion de la santé doit être ***respectueuse de la personne humaine***, de ses choix, de sa ***liberté*** d'expression et de ses valeurs. Il s'agit de promouvoir la ***citoyenneté*** dans le champ de la santé c'est-à-dire de faire avec les personnes (et non à leur place), de mettre en valeur leurs ressources, leurs compétences, leur expertise du quotidien, de leur permettre de jouer pleinement leur rôle de citoyen dans ce domaine. Cette promotion de la ***citoyenneté*** en santé peut plus facilement être mise en œuvre lorsque l'acteur de prévention adopte une posture d'écoute, s'il suscite la participation des publics concernés, favorise leur implication dans l'ensemble de la démarche, de la conception des actions jusqu'à leur évaluation. ***Partage et réciprocité*** sont donc ici essentiels.

Promouvoir, dés le plus jeune âge des facteurs de « robustesse »[5], conformément au concept québécois de ***prévenance***, est essentiel. Il s'agira ici en particulier de développer les compétences psychosociales[6] pour développer les aptitudes à faire face aux situations difficiles que chacun peut rencontrer dans sa vie.

---

[2] Les valeurs représentent des références auxquelles doivent se conformer les manières d'être et d'agir. Elles sont appelées à orienter l'action des individus dans une société, en fixant des buts, des idéaux.
Un principe est une règle d'action s'appuyant sur un jugement de valeur et constituant un modèle, une règle ou un but.

[3] Elles sont notées en italique gras dans le texte de ce paragraphe.

[4] Ainsi, à titre d'exemple, le recours aux examens bucco-dentaires de prévention est plus faible chez les enfants dont les parents sont couverts par la CMUC que les autres.

[5] Les activités de promotion de la santé mentale visent en particulier à augmenter les facteurs de robustesse.
Ces facteurs contribuent au développement et à une adaptation optimum de l'enfant et du jeune. Document de consultation du groupe de travail 6-17 ans mandaté par le comité de concertation en promotion et en prévention du Conseil des Directeurs de la Santé Publique de la Conférence des Régies Régionales de la Santé et des Services Sociaux du Québec, septembre 1998.66p

[6] L'OMS reconnaît dix compétences psychosociales, appariées deux à deux :

Ces actions doivent être conduites avec le souci d'un haut niveau de ***qualité*** : ceci nécessite que les actions soient menées en s'appuyant sur un corpus de connaissances validées et fassent appel à certains principes tels que l'analyse de genre, l'articulation du sanitaire et du social, la complémentarité, l'accessibilité à l'évaluation (celle-ci devant être développée, en particulier pour les plus petites associations, dans le cadre d'une démarche d'accompagnement méthodologique, sans entraver leur créativité ou leur réactivité). La recherche de l'implication de l'ensemble des acteurs concernés garantit synergie et complémentarité.

La ***sûreté*** : c'est la tranquillité d'esprit du citoyen en matière de sécurité sanitaire ; elle correspond aux mesures prises, sans intervention directe des habitants, pour éviter une exposition à des agents délétères, chimiques, environnementaux ou infectieux.

2.2 Les principes

Plusieurs principes transversaux ont été identifiés.

Certains correspondent à une **posture professionnelle** dans une relation duelle ou avec un groupe :

- Ecoute et non jugement,
- Non discrimination,
- Prise en charge globale, c'est-à-dire prise en compte de l'individu dans sa globalité,
- Libre arbitre/libre choix : respect de la personne et de ses choix,
- Auto-détermination

D'autres s'appliquent plutôt à une **organisation générale des dispositifs** ou à la **méthodologie de projets** :

- Implication et participation des personnes à toutes les étapes du processus depuis la définition des besoins et des actions jusqu'à leur évaluation,
- Accessibilité : accessibilité des dispositifs, au soin et à la prévention, pour les personnes qui en sont les plus éloignées,
- Adaptation : aux besoins de la population et aux personnes les plus fragiles,
- Cohérence et synergie entre institutions et partenaires pour éviter les redondances ou les incohérences,
- Accompagnement et soutien des acteurs notamment dans le cadre des démarches évaluatives,
- Anticipation : mise en place d'un recueil d'informations, permettant d'analyser les besoins de santé de la population et d'anticiper leur évolution.

- avoir conscience de soi, avoir de l'empathie
- savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions
- avoir une pensée critique, avoir une pensée créative
- savoir communiquer, développer des relations interpersonnelles harmonieuses
- savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions.

3. Une région caractérisée par de forts contrastes d'états de santé

Le Plan stratégique régional de santé a mis en lumière les principales caractéristiques régionales en matière de santé :

- importance des inégalités socio-économiques,
- pollution urbaine et industrielle importante, pesant sur la qualité de l'air,
- prégnance des troubles de santé mentale,
- excès de risque de cancer du poumon chez les femmes,
- sur-risque en matière d'accidentologie routière,
- poids historique de l'épidémie d'infection à VIH/Sida,
- signes de fragilité concernant la santé des jeunes,
- enjeu majeur des maladies chroniques : notamment cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires, surpoids et obésité, infection chronique par le VIH.

En comparaison avec d'autres régions, l'état de santé de la population dans notre région est globalement plutôt satisfaisant. Ce sont les très forts contrastes d'états de santé existant entre populations selon leur statut social et entre territoires qui constituent le principal problème.

L'analyse effectuée pour chacun des domaines stratégiques dans le cadre du schéma a permis de mettre en lumière **l'enjeu majeur des inégalités de santé**. Pour de nombreux cancers, les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébro-vasculaires, le VIH/Sida, la mortalité par consommation excessive d'alcool et les accidents de la circulation, les hommes de 25-54 ans employés et ouvriers ont un risque significatif accru de décès par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA). Par ailleurs, comme en France, la prévalence du diabète, de l'obésité, de l'asthme est plus élevée dans les milieux socio-économiques moins favorisés. Les disparités infrarégionales sont très marquées.

Pour le **domaine "périnatalité petite enfance"**, une des caractéristiques régionales majeure est sans doute le taux très élevé d'IVG par femmes de 15 à 49 ans. Le fort taux de pauvreté infantile[7] de notre région et les conséquences prévisibles de celle-ci sur la santé des enfants et leur développement constitue une autre préoccupation très importante.

Pour le "**domaine maladies chroniques"**, outre ce qui est mentionné ci-dessus, sont à noter une surincidence pour le cancer de la vessie par rapport à la France pour les deux sexes, une prévalence de l'obésité chez les plus de 18 ans qui augmente en PACA, mais de manière moindre qu'en France. La prévalence des affections de longue durée pour l'hypertension artérielle est plus élevée que la moyenne nationale. En PACA, l'épidémie d'infection à VIH est persistante et active. En 2008, le taux de découvertes de séropositivité VIH chez les hommes homosexuels ou bisexuels était nettement plus élevé qu'en France et avait doublé depuis 2003. Enfin, le taux d'admission en Affections Longue Durée (régime général 2006/2008) pour les hépatites virales chroniques est plus élevé en PACA qu'en France métropolitaine.

Pour le **domaine "santé mentale/addictions"**, une sous-mortalité régionale significative par suicide chez les hommes est constatée par rapport à la France, mais avec des disparités infrarégionales.
La proportion des assurés du régime général de PACA ayant reçu un traitement psychotrope est plus élevée qu'en France, quelle que soit la catégorie du psychotrope considéré. La prévalence des affections psychiatriques de longue durée est plus importante que la moyenne nationale.

---

[7] **Taux d'enfants à bas revenus : Le taux d'enfants (< 17 ans) à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants connus des CAF vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population**.

Concernant le tabagisme, la région semble particulièrement touchée, au vu de l'augmentation importante de l'incidence des cas de cancers du poumon chez les femmes et de la mortalité par maladies respiratoires et par cancers du poumon au cours des dernières années.

Chez les jeunes adolescents de la région, si les usages d'alcool et de tabac s'avèrent proches de la moyenne nationale, ils restent des problèmes de santé publique et sociétaux importants. Par ailleurs, la région est confrontée à des usages plus répandus du cannabis et à des expérimentations plus fréquentes des produits à inhaler (LSD, cocaïne) dans cette population.

Pour le **domaine "Personnes en situation de handicaps et personnes âgées"**, la région se caractérise par une proportion de personnes de 55 ans et plus, nettement supérieure à la moyenne nationale. Elle est au 9ème rang des régions françaises les plus âgées.

Selon les projections démographiques de l'INSEE, la population de la région va vieillir au cours des prochaines années, mais moins vite que beaucoup d'autres régions françaises et ne devrait donc plus figurer parmi les régions les plus âgées en 2030. La population régionale des 60 ans et plus, devrait compter de 1 670 000 à 1 750 000 personnes, soit deux tiers de plus qu'en 2000.

La région présentait en 2006 une proportion supérieure à la moyenne nationale de personnes bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (7,5% versus 5% en France métropolitaine).

L'enquête du CTNERHI[8] de 2005 estimait à environ 110 000 en PACA le nombre de personnes adultes de 20 à 59 ans et présentant au moins une déficience (mentale, motrice ou sensorielle).

[8] **Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations**

4. Des spécificités territoriales marquées en matière sociale et de santé

L'un des principaux enjeux du schéma régional de prévention est d'identifier les territoires, les problèmes de santé, les publics et les déterminants sur lesquels agir en priorité, dans le cadre des domaines stratégiques définis par le PSRS.

Seule l'identification des territoires est abordée ici. L'analyse plus spécifique des problèmes de santé, des publics et des déterminants est détaillée pour chaque domaine stratégique dans un document préparatoire au schéma et consultable sur le site de l'ARS. Une attention particulière sera portée dans cette analyse sur les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, la réduction de celles-ci constituant un objectif transversal du PSRS.

La question des territoires prioritaires est primordiale. Pour repérer ces territoires, deux types de territoires d'étude ont été utilisés : les 25 territoires de proximité utilisés dans le précédent plan régional de santé publique (PRSP) et les cantons regroupés, dans la mesure où c'est sur la base de ces découpages que des données étaient disponibles à une échelle infra-départementale sur SIRSé-PACA. L'analyse a porté sur des indicateurs sociaux et sur certains indicateurs de santé, en particulier la mortalité prématurée (cf. annexe 3 : précisions sur la méthode utilisée et ses limites).

4.1 Une pauvreté importante dans la région et concentrée dans certains territoires

La pauvreté est une caractéristique prégnante de la région PACA, qui partage avec l'Ile de France le fait de concentrer la plus forte proportion de ménages pauvres (ORS PACA).

La région PACA figure parmi les régions les plus touchées par la pauvreté des enfants et des jeunes : en 2009, 290 000 enfants et jeunes de moins de 18 ans étaient concernés. Le taux de pauvreté infantile[9] en PACA (28,5%) est supérieur au taux métropolitain (22%) (DROS PACA) (cf. détails analyse domaine stratégique périnatalité, petite enfance et données DROS en annexe 4).

Mais la région présente, en fait, une situation contrastée avec des territoires qui concentrent davantage de personnes pauvres. Le taux de bénéficiaires de la CMUC permet ainsi à lui seul, de mettre en évidence des territoires accueillant des personnes en très grande difficulté sociale.

Au 1er janvier 2009, les départements des Bouches du Rhône (10,8%) et de Vaucluse (7,9%) présentaient un taux de bénéficiaires de la CMUC supérieur ou égal au taux régional (7,9%) (Source : SIRSE-URCAM, Régime général stricto sensu). Les territoires de proximité de Marseille (15,4%), Avignon (10,7%), Toulon-Hyères (8,6%) et Martigues (8,1%) se situaient au-dessus du taux régional. Ils cumulaient 60,7% des bénéficiaires de la CMUC de la région alors qu'ils ne regroupaient que 38,5% des bénéficiaires du régime général de l'Assurance Maladie (cf. données et carte en annexe 5).
Ces premiers constats ont été complétés (cf. annexe 3) en exploitant neuf indicateurs, quatre portant sur le niveau de ressources et cinq sur des situations de forte vulnérabilité sociale[10].

---

[9] Le taux de pauvreté infantile ou taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans (à charge au sens de la législation familiale) connus des CAF, vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population (Source DROS PACA).

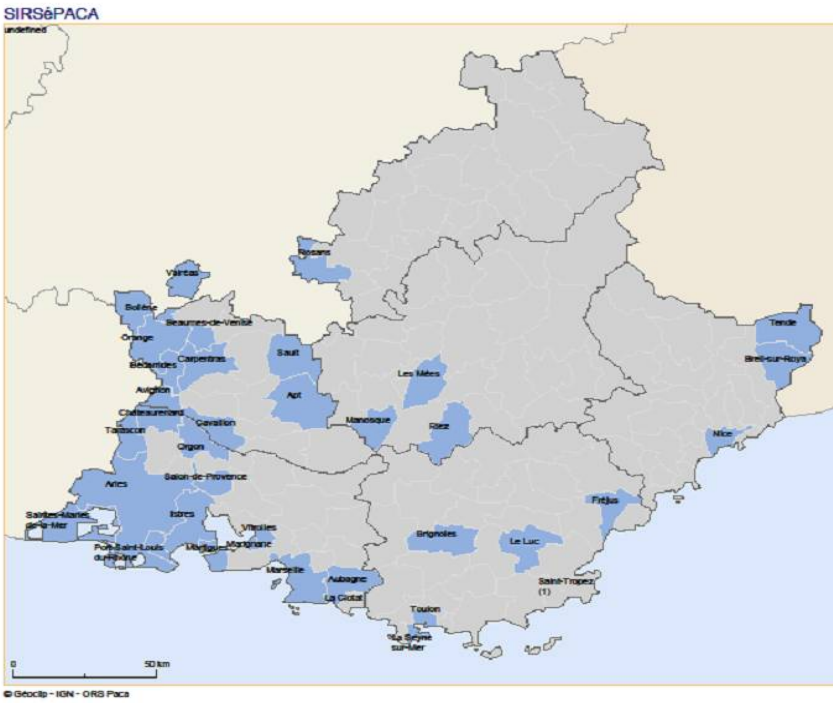
[10] % de bénéficiaires de la CMUC (régime général) en 2010, revenu fiscal médian (par Unité de consommation) en 2007, rapport interdécile des revenus (D9/D1) en 2007, nombre de personnes couvertes au 31/12/2007 par des allocations (CAF) à bas revenus pour 100 habitants de moins de 65 ans, proportion de familles monoparentale en 2007, part des personnes sans diplôme en 2007, part de la population de nationalité étrangère en 2007, demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) cat 1 < 25 ANS au 31/12/2009, DEFM cat 1 >50 ans au 31/12/2009.

➔ A l'échelle des territoires de proximité (ancien découpage du PRSP), et sur la base de ces neuf indicateurs, **Marseille, tous les territoires de Vaucluse, Arles, Toulon-Hyères, Martigues et Nice apparaissent comme dix territoires socialement très vulnérables**.[11]

➔ A l'échelle des cantons regroupés (définition en annexe 3), sur la base du taux de bénéficiaires de la CMUC (régime général) et du taux de personnes sans diplôme, les 35 cantons les plus mal classés pour ces deux critères sont reportés dans le tableau ci-après :

Territoires de proximité	**Cantons regroupés**
Marseille	Marseille, Marignane
Arles	Arles, Châteaurenard, Orgon, Saintes-Maries-de-la-Mer, Tarascon
Avignon	Avignon, Bédarrides
Apt	Apt
Carpentras	Carpentras, Beaumes-de-Venise, Sault
Cavaillon	Cavaillon
Orange-Valréas	Orange, Bollène, Valréas
Toulon-Hyères	Toulon, La Seyne-sur-Mer
Martigues	Martigues, Istres, Port-Saint-Louis-du-Rhône
Nice	Nice
Territoires de santé	**Cantons regroupés avec entre parenthèses le territoire de proximité correspondant**
Alpes de Haute-Provence	Manosque, Riez (Manosque), Les Mées (Digne)
Hautes-Alpes	Rosans (Sisteron)
Alpes-Maritimes	Tende, Breil-sur-Roya (Menton)
Bouches du Rhône	Vitrolles (Aix en Provence), Salon de Provence (Salon), Aubagne (Aubagne - La Ciotat)
Var	Le Luc (Draguignan), Brignoles (Brignoles), Fréjus (Fréjus-St-Raphaël)

Cette analyse complémentaire permet de préciser la première approche effectuée au niveau des territoires de proximité ; elle permet aussi d'identifier quelques cantons n'appartenant pas à cette liste notamment dans les départements alpins. Ainsi, aux cantons appartenant aux territoires de proximité déjà mentionnés, s'ajoutent une dizaine de cantons appartenant pour la plupart aux arrière-pays (cf. carte ci-après).



35 cantons regroupés les plus mal classés pour le taux de bénéficiaires de la CMUC (Part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC (rég. gén.) en 2010) et le taux de personnes sans diplôme en 2007

[11] Compte tenu de la ventilation territoriale des données disponibles pendant l'élaboration du schéma, les résultats proposés reposent sur un cumul des rangs. Si les résultats obtenus de cette manière sont cohérents, cette approche comporte des limites méthodologiques décrites en annexe 3.

Ces cantons s'ordonnent très schématiquement en deux arcs grossièrement parallèles :

- Un arc longeant le littoral, d'abord en pointillé à partir de Nice, passant par Fréjus, Toulon, La Seyne-sur-Mer, Marseille, puis de manière continue à partir de Martigues, avant de longer toute la limite Ouest de la région (en contiguïté donc avec la région Languedoc-Roussillon, qui présente de forts indicateurs de précarité),
- Un arc (du moyen pays) partant de Tende et remontant jusqu'à Rosans en passant par Le Luc, Brignoles, Manosque, Riez, Les Mées, Apt et Sault.

Cette carte peut être rapprochée de la cartographie des sites en Politique de la Ville (cf. annexe 6).

Cette première approche doit être complétée par des indicateurs de santé.

4.2 Une mortalité prématurée plus marquée en zone rurale de montagne et dans des territoires en forte vulnérabilité sociale

L'analyse de la mortalité prématurée (décès toutes causes avant 65 ans) a été retenue comme indicateur de santé privilégié pour repérer des territoires prioritaires. C'est un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé et de genre. Les trois principales causes de mortalité prématurée en Paca sont les cancers (41% des décès prématurés, en hausse régulière), les traumatismes (17%) et les maladies cardio-vasculaires (13%) (ORS PACA). Globalement, en termes de mortalité générale et prématurée, la région apparaît favorisée par rapport à la métropole.

Taux comparatif de mortalité prématurée (pour 100 000)	**1991-1997**	**2001-2007**
France métropolitaine	265,7	215,4
Région PACA	257,1	208

Source SIRSé PACA

Entre les périodes 1991-1997 et 2001-2007, le taux de mortalité prématuré a baissé d'environ 19%, en PACA comme en France métropolitaine

Entre 2001 et 2007, en moyenne, environ 8200 personnes sont décédées chaque année avant 65 ans dont 67% sont des hommes. Un tiers de ces décès est lié à des causes de décès évitables[12] par la réduction des comportements à risques (ORS PACA).

L'analyse de la mortalité prématurée a été effectuée par cantons regroupés et par territoires de proximité (cf. annexe 3).

➔ Au niveau des territoires de proximité, il est possible de faire une analyse par genre.

Pour les hommes, pour la période 2000-2004, **le territoire de Marseille** est le seul de la région à présenter une **surmortalité prématurée significative** par rapport à la France (+ 4%).
Pour la même période, seul le **territoire de Draguignan** présente une **surmortalité évitable significative** pour les hommes par rapport à la France (+ 12%).

Les territoires de Martigues, Cavaillon, Embrun, Arles et Briançon présentent une proportion plus forte de décès prématurés chez les hommes (sex ratio allant de 2,31 à 2,50 versus sex ratio moyen de 2,11 pour PACA).

[12] La mortalité évitable est une sous-partie de la mortalité prématurée correspondant à un ensemble de causes de décès liées à des pratiques à risques (consommations d'alcool ou de tabac, accidents de la route, sida, suicides).

Pour les femmes, pour cette période, aucun territoire ne présente une surmortalité significative par rapport à la France.

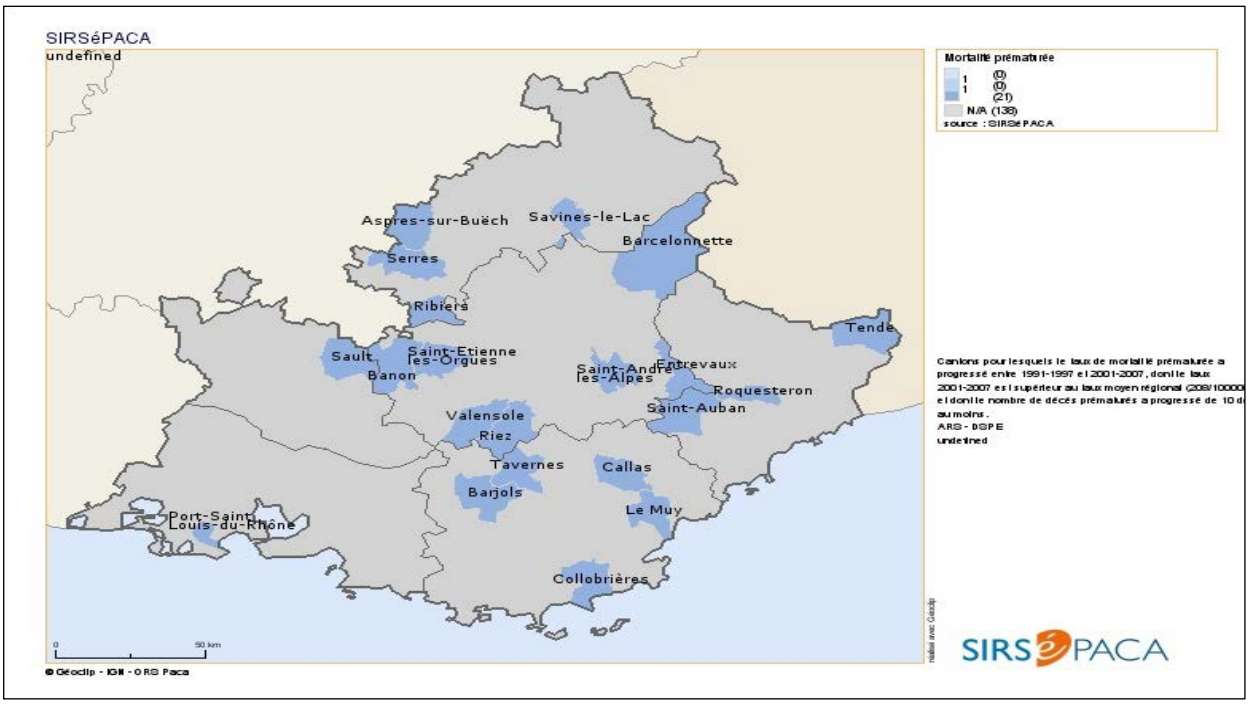
Les territoires de Cannes-Grasse et Nice sont caractérisés par une proportion plus marquée de décès prématurés chez les femmes (sex-ratio d'environ 1,93), ce que l'on peut sans doute mettre en lien avec, notamment, une surmortalité féminine par cancer du poumon et du larynx dans ces territoires et plus largement dans l'Est de la région.

➔ Au niveau des cantons regroupés, deux grandes catégories de territoires ont été mises en évidence :

- Des territoires majoritairement très ruraux et situés en montagne

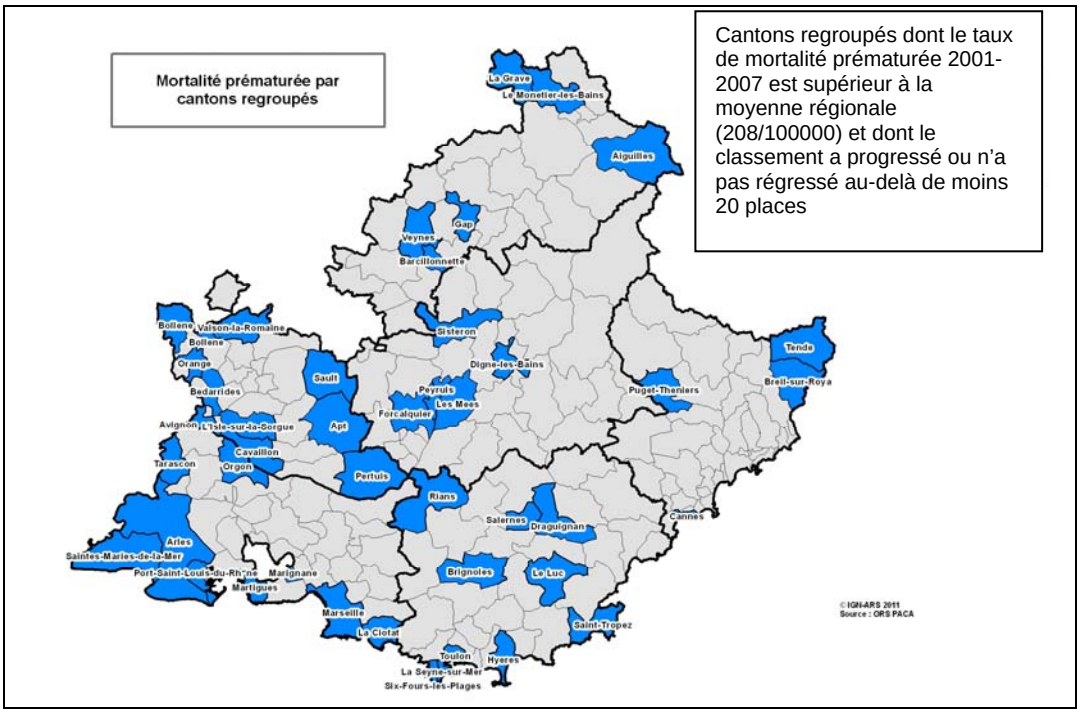
Dans ces cantons, le taux comparatif de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007 (alors qu'il diminuait de 19% en France et en PACA), est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007 (208/100 000) avec un effectif de décès prématurés en progression de 10 décès au moins. Cette localisation met en évidence des inégalités territoriales de santé qui correspondent pour quelques cantons à des espaces de santé de proximité fragiles ou à risques au sens du SROS ambulatoire (cf. tableau p.13-14). Par ailleurs, quatre de ces cantons (Tende, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Sault et Riez) font partie des cantons à forte vulnérabilité sociale mentionnés supra.

Cantons pour lesquels le taux de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, dont le taux 2001-2007 est supérieur au taux moyen régional (208/100000) et dont le nombre de décès prématurés a progressé de 10 décès au moins.

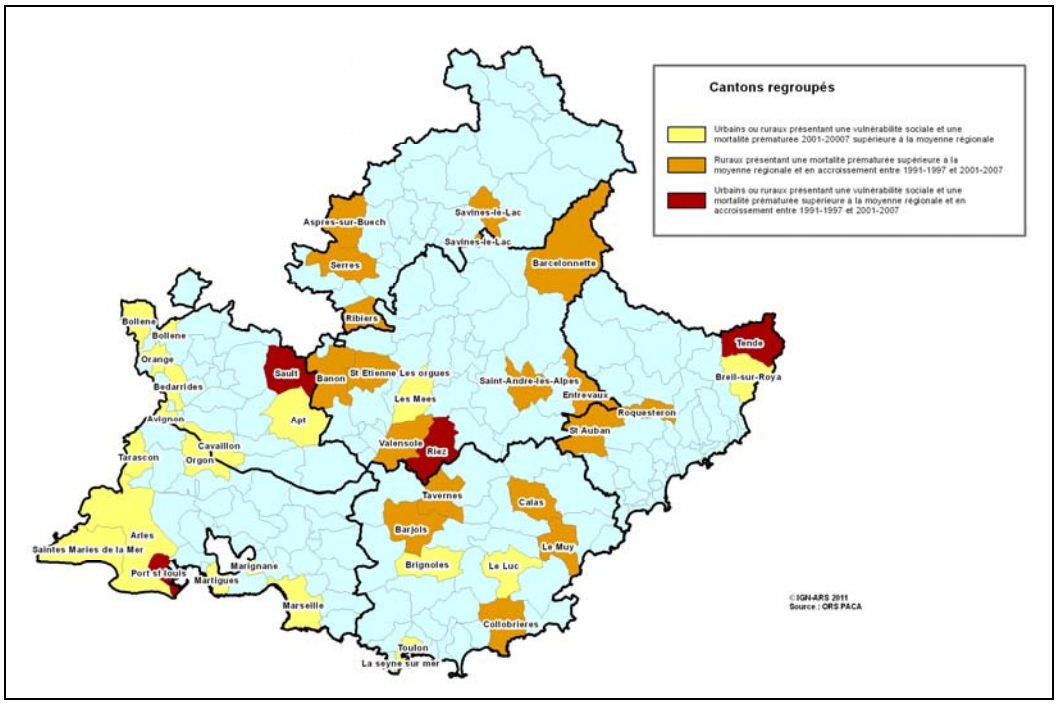


- Des territoires qui cumulent vulnérabilité sociale et mortalité prématurée supérieures au taux régional.

En examinant les cantons dont le classement avait peu varié entre les deux périodes d'analyse, et dont le taux comparatif de mortalité prématurée est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007, il apparaît un nombre élevé de cantons en forte vulnérabilité sociale.

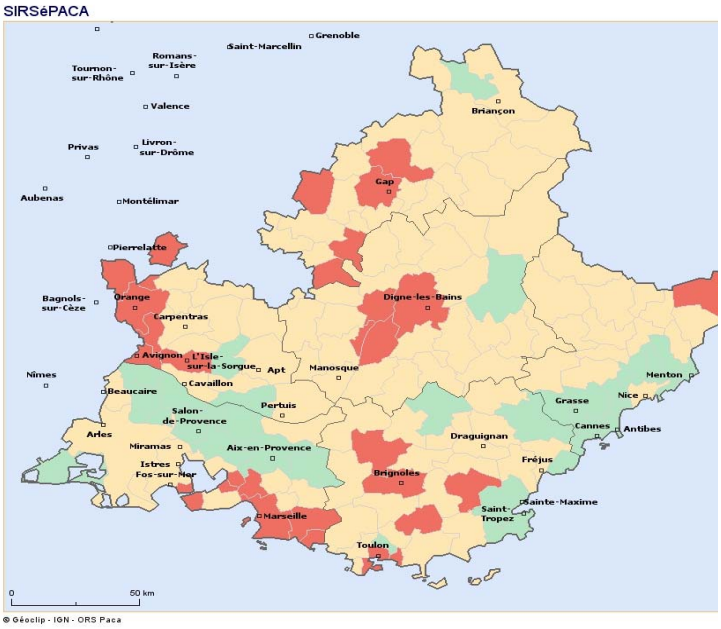


la carte ci-après synthétise ces éléments :



Il faut souligner, à nouveau, que les spécificités des quartiers des grandes villes de la région (ex. Nice), beaucoup plus hétérogènes que des cantons ruraux, ne peuvent être prises en compte ici. Par ailleurs, pour ces cantons ruraux, les évolutions de la mortalité prématurée peuvent correspondre à de faibles effectifs de décès et être le fait d'accidents de la circulation dont l'impact sur la mortalité prématurée peut être élevé à l'échelle de la population de ces territoires.

4.3 Des territoires en surmorbidité significative pour l'ensemble des ALD avec une vulnérabilité sociale marquée pour beaucoup d'entre eux



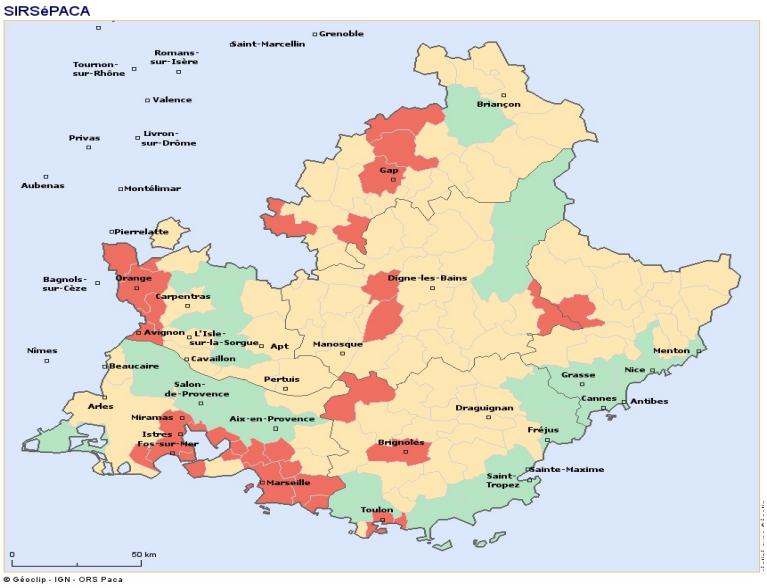
Significativité de l'indice comparatif de morbidité – ALD (base 100 PACA) chez les hommes (Rég. Gén.) en 2010

Jaune : ICM non significativement ≠ de 100 (94)

Vert : Sous-morbidité significative (au seuil de 5%) (35)

Rouge : Sur-morbidité significative (au seuil de 5%) (30)

Source URCAM PACA (régime général stricto sensu)



Significativité de l'indice comparatif de morbidité – ALD (base 100 PACA) chez les femmes (Rég. Gén.) 2010

Jaune : ICM non significativement ≠ de 100 (94)

Vert : Sous-morbidité significative (au seuil de 5%) (35)

Rouge : Sur-morbidité significative (au seuil de 5%) (30)

Source URCAM PACA (régime général stricto sensu)

Une approche des caractéristiques des territoires pour ce qui concerne la morbidité peut être effectuée par l'examen des territoires en surmorbidité significative pour l'ensemble des affections de longue durée (ALD) (par rapport à la région – cf. données détaillées en annexe 7).

Pour les hommes, Tende, Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, Martigues, Aubagne, Brignoles, Barjols, Le Luc, Les Mées, Aspres sur Buech et Ribiers sont des territoires précédemment repérés.

Il en va de même pour les femmes pour un grand nombre de ces territoires : Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, pourtour de l'étang de Berre, limite ouest du Vaucluse, Brignoles, Les Mées, Rosans.

Une récurrence préoccupante pour certains territoires, en particulier Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

Ces trois cantons regroupés présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%), à la fois pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon). Le tableau ci-après présente les données correspondantes pour un ensemble d'indicateurs.

département	**Cantons regroupés présentant une vulnérabilité sociale**	**Cantons regroupés urbains ou ruraux présentant une vulnérabilité sociale et une mortalité prématurée > à la moyenne régionale et en accroissement entre 91/97 et 2001/2007**	**Cantons regroupés urbains ou ruraux présentant une vulnérabilité sociale et une mortalité prématurée 2001/2007 > à la moyenne régionale**	**Cantons regroupés ruraux présentant une mortalité prématurée > à la moyenne régionale et en accroissement entre 91/97 et 2001/2007**	Cantons regroupés identifiés en colonnes 2, 3, 4 ou 5								Cantons regroupés identifiés en colonnes 2, 3, 4 ou 5	
					en surmortalité significative : Ensemble des cancers 2001-2007	en surmortalité significative : Cancer du poumon 2001-2007	en surmortalité significative : Accidents de la circulation 2001-2007	en surmortalité significative : Maladies de l'appareil circulatoire 2001-2007	en surmorbidité significative par ALD – **Hommes** 2010	en surmorbidité significative par ALD – **Femmes** 2010	en surmorbidité significative diabète traité – **Hommes** 2009	en surmorbidité significative diabète traité – **Femmes** 2009	Espaces de santé fragiles définis par le SROS ambulatoire	Espaces de santé à risque définis par le SROS ambulatoire
04	Les Mées, Riez et Manosque	Riez	Les Mées	Entrevaux, Saint-André les Alpes, Banon, Barcelonnette, Valensole, Saint-Etienne les Orgues				Les Mées	Les Mées	Les Mées, Entrevaux,			Saint-André les Alpes	Banon
05	Rosans			Aspres sur Buëch, Ribiers, Serres Savines-le-Lac					Aspres sur Buëch Ribiers	Rosans,			Serres	
06	Nice, **Tende** et Breil sur Roya	**Tende**	Breil sur Roya,	Roquesteron, Saint-Auban	**Tende**	Nice		**Tende**	**Tende**			Breil sur Roya	**Tende** et Breil sur Roya	
13	**Port-St Louis du Rhône**, Marseille, Marignane, Martigues, Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon de Provence, Saintes-Maries-de-la-Mer, Chateauren	**Port-Saint-Louis du Rhône**	Marseille, Martigues, Orgon, Aubagne, Arles, Marignane, Tarascon, Saintes-Maries de la Mer		**Port-Saint-Louis du Rhône**, Saintes-Maries de la Mer	**Port-Saint-Louis du Rhône**, Marseille, Salon de Provence, Chateaurenard	**Port-Saint-Louis du Rhône**, Tarascon, Orgon, Chateaurenard, Arles, Salon de Provence, Istres	**Port-Saint-Louis du Rhône**, Marignane, Vitrolles, Aubagne	Marseille, Vitrolles, Aubagne, Marignane, Martigues	Marseille, Marignane, Aubagne, **Port-Saint-Louis du Rhône**, Vitrolles, Istres, Martigues	Marseille, Marignane, **Port-Saint-Louis du Rhône**, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles	Marseille, Marignane, **Port-Saint-Louis du Rhône**, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles	Saintes-Maries-de-la-Mer,	

	ard, Orgon, Istres, Aubagne													
83	Toulon, Brignoles, **La Seyne sur Mer**, Le Luc, Fréjus		Toulon, Brignoles, **La Seyne sur Mer**, Le Luc,	Barjols, Collobrières, Le Muy, Tavernes, Callas	Le Luc, **La Seyne sur Mer**	Toulon, **La Seyne sur Mer**, Le Muy	Le Luc, Barjols, Le Muy,	**La Seyne sur Mer**,	Toulon, Brignoles, **La Seyne sur Mer**, Barjols, Le Luc	Toulon, Brignoles, **La Seyne sur Mer**,	Toulon, **La Seyne sur Mer**,	Toulon, **La Seyne sur Mer,**		Brignoles, Barjols
84	Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault	Sault	Avignon, Bédarrides, Bollène, Cavaillon, Apt, Orange				Apt, Cavaillon, Bédarrides	Sault	Avignon, Bollène, Valréas, Bédarrides, Orange	Avignon, Bollène, Bédarrides , Orange	Avignon, Valréas	Avignon, Valréas, Bédarrides	Sault	

Source : SIRSé PACA pour l'ensemble des données correspondant aux territoires en surmorbidité ou en surmortalité

NB : Trois cantons regroupés présentent une surmortalité pour l'ensemble des pathologies liées à l'alcool : Tende, Port-St-Louis du Rhône et Laragne-Montéglin

Certains espaces de santé de proximité identifiés comme fragiles ou à risque lors de l'élaboration du SROS ambulatoire ont été mentionnés sur le tableau.

Ce tableau vise à repérer des territoires prioritaires parmi les territoires présentant une vulnérabilité sociale et/ou une mortalité prématurée en accroissement ou supérieure au taux moyen régional, en s'appuyant :

- sur les données de surmortalité significative pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon)
- sur des données de surmorbidité significative d'une part, pour le diabète traité (le diabète est une pathologie très socialement marquée cf. document préparatoire p. 11), et d'autre part pour les affections de longue durée.

Au vu de ces données, les **cantons regroupés suivants sont repérés comme particulièrement prioritaires** :

- Alpes de Haute-Provence : une partie du Sud-Ouest du département, Les Mées, Riez,
- Hautes-Alpes : l'extrême ouest du département, Aspres-sur Buëch, Ribiers, Laragne-Montéglin, Rosans,
- Alpes-Maritimes : Tende, Breil-sur-Roya, Nice,
- Bouches-du-Rhône : Marseille, Port-Saint-Louis du Rhône, Martigues, Arles, Marignane, Vitrolles, Istres
- Var : Le Luc, Brignoles, Toulon, La Seyne sur Mer
- Vaucluse : Avignon, Orange, Valréas, Bollène, Bédarrides, Sault.

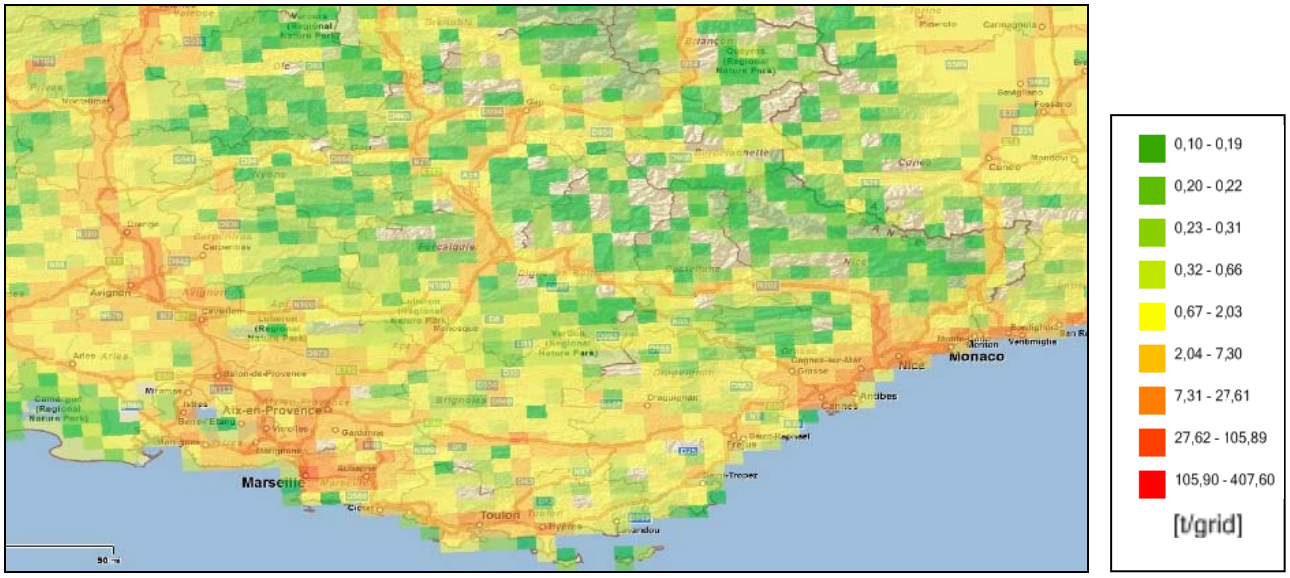
4.4 Des spécificités environnementales marquées

La prise en compte de spécificités environnementales est indispensable pour compléter cette analyse des territoires prioritaires. Elle peut être faite en examinant les caractéristiques régionales en matière de qualité de l'eau, de qualité de l'air et d'état des logements.

Qualité de l'eau (période 2006-2008)[13]
Qualité bactériologique des eaux distribuées
Plus de 97% de la population bénéficie d'une eau dont le taux de conformité des analyses bactériologiques est supérieur à 95%. De fortes disparités géographiques sont relevées en rapport avec la taille des unités de distribution (UDI). Le taux de conformité des petites UDI (<500 habitants) n'atteint que 44,2% versus plus de 94% pour les UDI de plus de 2 000 habitants. C'est dans les départements alpins (04, 05 et 06) que les taux des unités de distribution conformes sont les plus faibles.

Pesticides dans les eaux distribuées
La présence de produits phytosanitaires a été détectée au moins une fois dans 11,9% des UDI où une recherche a été effectuée sur la période considérée. Seules 0,8% des UDI ont été affectées par un dépassement de la limite de qualité (0,1 µg/l) soit 0,4% de la population régionale.
Plus de 80% des UDI où la présence de produits phytosanitaires a été détectée se situent dans les départements du Var et surtout du Vaucluse (présence dans 45,7% des UDI). Certaines UDI de l'Ouest du département des Alpes de Haute Provence sont également concernées.

Qualité de l'air
L'Agence Européenne de l'Environnement a réalisé une série de cartes[14] de la pollution de l'air par diverses sources, telles que les transports routiers et maritimes, l'aviation, le chauffage domestique, l'agriculture et les petites entreprises (émissions diffuses). Les cartes permettent de localiser les rejets de polluants de l'air, notamment les émissions d'oxyde d'azote (NOx), dioxyde de soufre (SO2), ammoniac (NH3) et microparticules (PM10).



Details Particulate matter (PM10) emissions from road transport (in tonnes per grid cell)
C'est l'ensemble des centres urbains qui est particulièrement exposé.

[13] Les données sont issues du document *la qualité des eaux distribuées en PACA 2010* rédigé par le Service Santé Environnement de l'ARS PACA – cartes consultables sur le site www.ars.paca.sante.fr

[14] Les cartes sont accessibles à l'adresse suivante: http://prtr.ec.europa.eu/DiffuseSourcesAir.aspx

Lutte contre l'habitat indigne
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 relative précarité de sa population. Elle fait partie des 5 régions, Ile-de-France comprise, qui arrivent en tête relativement au nombre de logements frappés par un arrêté d'insalubrité.

Parallèlement, pour ce qui est de la lutte contre le saturnisme, la région PACA faisait en 2008 partie des 4 régions ayant le plus de transmission des constats d'exposition au plomb positifs[15] (cf. éléments complémentaires en annexe 8).

4.5 Des priorités de travail spécifiques selon les territoires repérés

Si globalement, ces territoires ont a priori vocation à bénéficier d'une attention particulière dans le cadre de ce schéma et même sans doute des autres schémas sectoriels, il restera absolument nécessaire de préciser leurs caractéristiques. Il faudra par ailleurs compléter cette première analyse au moyen d'autres indicateurs et à un niveau plus fin.

Schématiquement plusieurs types de situations peuvent être envisagés :

1. **Pour les territoires cumulant situation sociale très dégradée et indicateurs de santé préoccupants**, un diagnostic local devrait être effectué dans le cadre par exemple d'un atelier santé ville (ASV)[16] ou d'un dispositif équivalent pour les territoires qui ne sont pas en Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS), comme c'est le cas pour les cantons ruraux.

   Ce diagnostic doit constituer le prélude à une démarche territoriale de promotion de la santé concernant de manière transversale le champ de la prévention, des soins et de l'accompagnement médico-social ; elle associera la population, les élus et l'ensemble des institutions concernées dans un travail intersectoriel. C'est une approche qui s'inscrit dans la durée et qui est exigeante en matière de coordination et d'animation territoriale. Elle repose sur une ingénierie locale qui nécessitera un soutien financier et méthodologique spécifique pour les territoires ne pouvant bénéficier d'un ASV. Elle ne pourra donc concerner sans doute que des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie) qui est souvent une préoccupation centrale pour les habitants concernés (à l'exemple de ce qui a été mis en évidence dans le cadre du programme expérimental « La santé à Saint-Mauront Belle de mai : on s'y met tous ! »)[17].

   Le rôle de l'ARS, en lien avec les autres autorités de l'Etat concernées, sera donc essentiel pour impulser dans le cadre de son activité d'animation territoriale cette approche auprès de l'ensemble des décideurs, tout particulièrement sur ce dernier point. L'objectif de l'ensemble de cette démarche est d'aboutir à un programme territorial de santé qui pourra donner lieu à un contrat local de santé.

2. **Pour les territoires confrontés à des inégalités environnementales**, il faudra ici prendre en compte les enjeux du PRSE en matière de qualité de l'eau et de l'air, mais aussi d'amélioration des connaissances sur les risques émergents. Les territoires cumulant vulnérabilité sociale et risques environnementaux spécifiques devraient être prioritaires pour la réduction des surexpositions auxquelles sont confrontés leurs habitants. Le cas particulier des départements alpins en matière de qualité bactériologique des eaux distribués constitue également une priorité.

---

[15] Enquête annuelle sur les actions départementales engagées pour lutter contre l'habitat indigne 2008- 2009 - DGS
[16] un diagnostic de ce type a été réalisé par exemple à Port-Saint-Louis du Rhône.
[17] Il s'agit d'un programme de promotion de la santé pour les enfants et les familles démunies de ces deux quartiers.

3. **Pour les territoires ruraux**, les données collectées dans le cadre du SROS ambulatoire permettront de préciser les difficultés spécifiques d'accès aux soins auxquelles la population concernée est confrontée. Le rôle des établissements de santé et médico-sociaux les plus proches, ainsi que l'action des professionnels de santé libéraux en matière de prévention et promotion de la santé devraient être plus affirmés. L'organisation de temps d'échanges et de formation pour les professionnels des secteurs sanitaires, médico-social, social et de prévention permettrait de mutualiser les compétences, créer de la polyvalence et lancer une dynamique.

4. **Dans tous ces territoires, et sur l'ensemble de la région,** il apparaît indispensable de définir un indicateur de défavorisation à partir d'indicateurs disponibles en routine. L'analyse de certains indicateurs à l'échelle des cantons regroupés a pu apporter un éclairage complémentaire précieux, mais qui reste encore trop imprécis, notamment pour les territoires ruraux. De même, il est absolument nécessaire de compléter les données actuellement disponibles par une analyse à l'échelle des arrondissements de Marseille, voire des quartiers des plus grandes villes de la région. Le croisement des différentes données (sociales, sanitaires, environnementales) à une échelle très fine est essentiel pour disposer d'un outil d'observation des besoins et d'évaluation des politiques.

5. Des ressources parfois insuffisantes

Le schéma vise à positionner les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendance (définitions en annexe 9).

Pour chaque domaine stratégique[18], le recensement des ressources porte sur :

- des dispositifs spécifiques ciblés en fonction de leur importance pour le domaine. Cependant, seul leur positionnement géographique a pu être pris en compte ici (et non leur couverture territoriale ou leur activité),
- les actions menées dans le cadre du PRSP de 2007 à 2009, analysées par le CRES PACA en exploitant la base OSCARS, avec un focus particulier sur l'évaluation de leurs atouts et faiblesses.

Par ailleurs, les dynamiques de politique locale constituent un levier fondamental pour le développement de politiques et de programmes de prévention. Les dispositifs développés jouent un rôle essentiel dans l'ensemble des domaines stratégiques. Ils ont été identifiés dans le cadre du domaine des inégalités de santé, fil conducteur du schéma et transverse à l'ensemble des domaines.

Dans le cadre du partenariat, les centres de santé, les réseaux de santé et les maisons de santé pluri-professionnelles en cours de création constituent également des lieux privilégiés et de soutien pour développer les programmes de prévention et promotion de la santé dans les zones rurales notamment. Les hôpitaux locaux peuvent être aussi appelés à jouer un rôle pour le développement de ces programmes. Plus largement, les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, les associations de patients, les intervenants à domicile, les travailleurs sociaux dans leur ensemble, constituent des ressources présentes de manière diffuse sur le territoire et sont à même d'être des acteurs de prévention, pour ce qui les concerne dans leur activité quotidienne.

L'analyse des ressources est menée au regard de la situation de chaque territoire en termes de caractéristiques sociales et de santé (cf. cartes pour chaque domaine du PSRS dans le document préparatoire « analyse par domaine stratégique »).

Pour le département du **Vaucluse**, tous les territoires de proximité figurent parmi les dix territoires régionaux les plus fortement marqués par des indicateurs de vulnérabilité. Au sein de ces territoires, les cantons regroupés d'Avignon, Bédarrides, Bollène, Cavaillon, Apt et Orange présentent également une surmortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale et pour Sault une surmortalité prématurée en accroissement.
Au regard de ces caractéristiques, pour le domaine inégalités de santé, les dispositifs se limitent aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) réparties sur l'ensemble des hôpitaux du département, et à trois Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) (Carpentras, Valréas, Pertuis). Les dispositifs de dynamique de politique locale dans le champ de la santé sont également très limités. Les deux ASV (Avignon et Carpentras) sont soit en cours de redémarrage, soit en grande difficulté.
Très peu d'actions ont été mises en œuvre dans le cadre du PRSP. Au sein du département, le territoire d'Avignon présente la proportion d'actions la plus faible rapportée à la part des bénéficiaires de la CMUC. Ces territoires se caractérisent par un faible nombre de porteurs d'actions.
En revanche il y a un nombre important d'établissements de santé, ainsi que d'établissements et services médico-sociaux. Le développement d'actions de prévention et promotion de la santé sur ce département pourrait s'appuyer en particulier sur les « missions Santé Publique **»** chargées de développer les actions de santé recentralisées. Elle sont coordonnées par le CH d'Avignon et 6 CH disposent d'un temps plein d'infirmière (Avignon, Orange, Carpentras, Cavaillon, Apt et Pertuis). Dés 2011, un redéploiement des moyens infra départementaux est engagé pour mieux répondre aux besoins, notamment sur le secteur d'Avignon.

[18] Pour chacun des domaines stratégiques une analyse approfondie des besoins et des ressources a été effectuée. Elle comporte des cartes et figure dans le document préparatoire au schéma intitulé « analyse par domaine stratégique ». .

Les dispositifs relatifs à la périnatalité et aux maladies chroniques sont répartis sur l'ensemble des villes. Il en est de même en santé mentale pour les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP).
En addictologie, les dispositifs sont essentiellement situés sur la ville d'Avignon, mis à part un réseau d'addictologie à Orange.

Le Territoire de **Martigues** est l'un des dix territoires de proximité les plus vulnérables. L'ensemble des dispositifs des différents domaines sont présents sur ce territoire. Le canton de Martigues, au regard de sa population totale, a un nombre d'actions conséquent en matière d'inégalités de santé et en ce qui concerne la population vieillissante. Cependant, compte-tenu de sa situation sanitaire et sociale (et en particulier de celle de la commune de Port-de-Bouc), il apparaît comme un territoire prioritaire pour un développement d'actions à mener, en s'appuyant sur les dynamiques existantes de politiques locales.
De plus, au sein de ce territoire, le canton regroupé de Port St Louis du Rhône cumule une vulnérabilité sociale et une surmortalité prématurée importante et en accroissement. Il est relativement démuni en dispositifs avec essentiellement un ASV, un centre de planification et d'éducation familiale et un centre de vaccination. Les déplacements pour la population, compte-tenu de sa situation excentrée, sont difficiles.

Le territoire de promixité d'**Arles** est aussi l'un des dix territoires les plus vulnérables. Les cantons regroupés de Tarascon, Orgon et Stes Maries de la Mer au sein de ce territoire cumulent une mortalité prématurée importante, voire supérieure à la moyenne régionale. Les dispositifs existants dans le domaine inégalités de santé sont situés à Arles. Si les consultations de PMI et les centres de planification et d'éducation familiale sont répartis sur l'ensemble du territoire, en revanche, il y a globalement très peu de dispositifs et ils sont essentiellement concentrés sur la commune d'Arles. En outre, les dynamiques de politique locale (hors Arles où existe un ASV) sont très faibles.

Le territoire de proximité **Toulon-Hyères** concerné par des cantons regroupés cumulant les indicateurs de vulnérabilité et de surmortalité (Toulon, La Seyne et Collobrières) a peu de dispositifs de dynamique de politiques locales ; ainsi la ville de Toulon n'est inscrite que depuis un an au réseau des villes actives PNNS (cf. définition en annexe 9) et l'ASV de la Seyne-sur-mer est en difficulté. Un besoin d'animation locale type ASV est particulièrement ressenti pour Toulon.
La plupart des dispositifs de prévention sont implantés sur la bande littorale.
Dans l'arrière pays varois, les dispositifs sont limités alors que les territoires de Brignoles et Draguignan comportent des cantons regroupés cumulant des indicateurs sociaux et de santé défavorables (Brignoles, Barjols, Tavernes et Le Luc).

Le haut-pays des **Alpes Maritimes**, dans le domaine des inégalités des santé ne dispose que d'un PAEJ et d'une PASS à Puget-Théniers. En revanche Breil sur Roya et Tende ont bénéficié d'actions, notamment en matière d'addictologie à destination des jeunes, dans le cadre de l'atelier local de santé. Cependant, cette dynamique locale est actuellement suspendue.
Sauf pour les services relatifs à la périnatalité et à la petite enfance, les dispositifs sont concentrés sur la bande littorale, en particulier de Nice à Cannes. Les dynamiques locales sont en net développement, tant en terme d'ateliers santé ville que de villes PNNS.

Bien que la proportion de bénéficiaires de la CMUC soit relativement faible (5,6%) dans le territoire de proximité de Nice, en effectif, c'est le troisième territoire de la région le plus concerné avec plus de 27 000 personnes. Par ailleurs, il compte une proportion rélativement importante de personnes couvertes par des allocataires CAF bas revenus. Il est donc important d'accompagner les dynamiques mentionnées ci-dessus par des actions.

Dans les **Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes**, les dispositifs essentiels sont représentés dans les principales villes. En ce qui concerne les actions et quels que soient les domaines, les territoires ruraux et de montagne ont proportionnellement à leur population, un nombre important d'actions. Ceci s'explique notamment par l'effet de seuil. Par ailleurs, dans ces territoires, les coûts en déplacement et en dépenses énergétiques sont nettement plus élevés, ce qui pèse sur l'accès aux soins et à la prévention.

Le territoire de proximité de Marseille, qui est socialement particulièrement vulnérable**,** concentre sur chacun des domaines stratégiques un nombre conséquent de dispositifs. Les dynamiques de politiques locales engagées dans les différents domaines sont particulièrement actives. Ce territoire concentre également la majorité des actions réalisées dans le cadre du PRSP. Cependant, au regard du poids démographique de la ville, le nombre d'actions qui a été mis en oeuvre sur ce territoire dans le cadre des politiques antérieures, est proportionnellement très faible, dans tous les domaines. Ceci est d'autant plus à prendre en considération en raison du poids global de la précarité (15,4% de la population est bénéficiaire de la CMUC). Ce constat est cependant à nuancer pour la ville de Marseille comme pour l'ensemble des principales villes, compte tenu des actions développées par d'autres institutions et dans le cadre du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale, par exemple.
Enfin, il faut noter que pour ce territoire, le positionnement des établissements de santé en matière de prévention promotion de la santé, en particulier dans le développement d'actions spécifiques pour l'accès aux soins des plus démunis, reste inégal.

L'enjeu du schéma est ici de concilier l'impératif de ne pas laisser à découvert les territoires ruraux et de montagne, avec la nécessité primordiale d'engager un développement majeur des actions dans les grandes villes pour prendre en compte le poids démographique des populations précaires et pour contribuer à une diminution des inégalités de santé.
L'action sur les déterminants des inégalités de santé nécessite une démarche intersectorielle construite, au niveau local, dans le cadre d'un fort partenariat avec les institutions concernées.

Eléments d'analyse issus des évaluations

Il s'agit des évaluations d'actions financées dans le cadre du PRSP en 2007, 2008 et 2009.

Contexte
Cette analyse porte sur un total de 81 fiches évaluatives disponibles sur les trois années de référence, issues du programme d'évaluation initié par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) sur l'ensemble des programmes du PRSP 2005-2009.
Ces évaluations ont été conduites sur l'ensemble des 25 territoires de proximité, par des équipes pluridisciplinaires associant des personnels du GRSP, de la DRASS, des DDASS, de l'Assurance-Maladie ainsi que de l'Education Nationale et des Villes membres du groupement. Chaque évaluation a fait l'objet d'un entretien entre le promoteur de l'action et l'équipe d'évaluation, sur la base du renseignement d'une fiche d'évaluation type comprenant différents modules et des items évaluatifs.

Méthodologie utilisée
Cette analyse est basée sur un traitement statistique des données issues de la grille de synthèse renseignée pour chaque évaluation identifiant les caractéristiques de l'action en terme de « forces et opportunités », « faiblesses et obstacles », et enfin « marges de progrès et recommandations ».
Ce traitement statistique s'appui sur une typologie de treize items par catégorie (cf. Annexe 10).
Le nombre total de fiches exploitées étant limité, il est important de rester prudent quant à toute extrapolation de ces données.

Limites de l'analyse
Les résultats obtenus ne permettent pas de mener une réflexion sur l'ensemble des domaines stratégiques du PSRS. Ainsi, le domaine «Personnes en situation de handicap – Personnes âgées» n'a pu être traité ici, les évaluations réalisées ne portant que sur l'axe «Vieillissement» dans le cadre du programme «Prévenir les risques liés au vieillissement» du PRSP.
Les données issues de ces évaluations gagneront en force et en représentativité en complétant la base de données par de nouvelles fiches d'évaluation. Cette condition doit inciter à développer une politique d'évaluation ambitieuse basée sur l'appropriation d'une culture partagée de l'évaluation en promotion, prévention et éducation à la santé.

Synthèse générale des résultats
Une analyse spécifique des atouts, faiblesses et recommandations a été effectuée pour chaque domaine stratégique.
Globalement, les résultats fournissent des éléments très intéressants sur :

- les points forts des actions financées dans le cadre du PRSP,
- les difficultés les plus souvent rencontrées par les porteurs,
- les axes de travail à privilégier en vue d'une démarche d'amélioration de l'intervention en prévention et promotion de la santé.

Sur les quatre domaines stratégiques traités (inégalités de santé, santé mentale et addictions, maladies chroniques, périnatalité), ***la compétence et l'engagement des intervenants, la qualité du travail partenarial ou en réseau ainsi que la légitimité des structures et leur implantation***, constituent les principaux atouts des actions évaluées (cf. graphique Annexe 10).

En termes de difficultés, on constate une plus grande hétérogénéité selon les domaines étudiés. Ainsi, seules les difficultés relatives à la ***méthodologie de projet et à la qualité des outils d'évaluation*** sont partagées par la plupart des porteurs de projet. Ces faiblesses ont déjà été soulignées lors de l'évaluation intermédiaire du PRSP menée en 2008 qui mettait notamment l'accent sur le besoin d'appui méthodologique auprès des porteurs de projets (cf. graphique Annexe 10).

Les recommandations les plus souvent formulées concernent le développement et l'amélioration des outils d'évaluation de l'action et l'aspect méthodologique du projet (rédaction, définition d'objectifs et indicateurs de résultats). Pour y répondre, le réseau CRES-CODES, à la demande du GRSP, assure depuis 2009 une mission d'appui méthodologique auprès des opérateurs, conformément aux conclusions de l'évaluation intermédiaire du PRSP. Les effets de cet accompagnement ne pourront être perçus qu'au travers de nouvelles campagnes d'évaluation à l'horizon 2012. Les recommandations relatives à l'adaptation des moyens financiers, humains ou matériels sont également assez présentes. Enfin, il apparaît que le travail en réseau semble également devoir être renforcé de manière générale (cf. graphique Annexe 10).

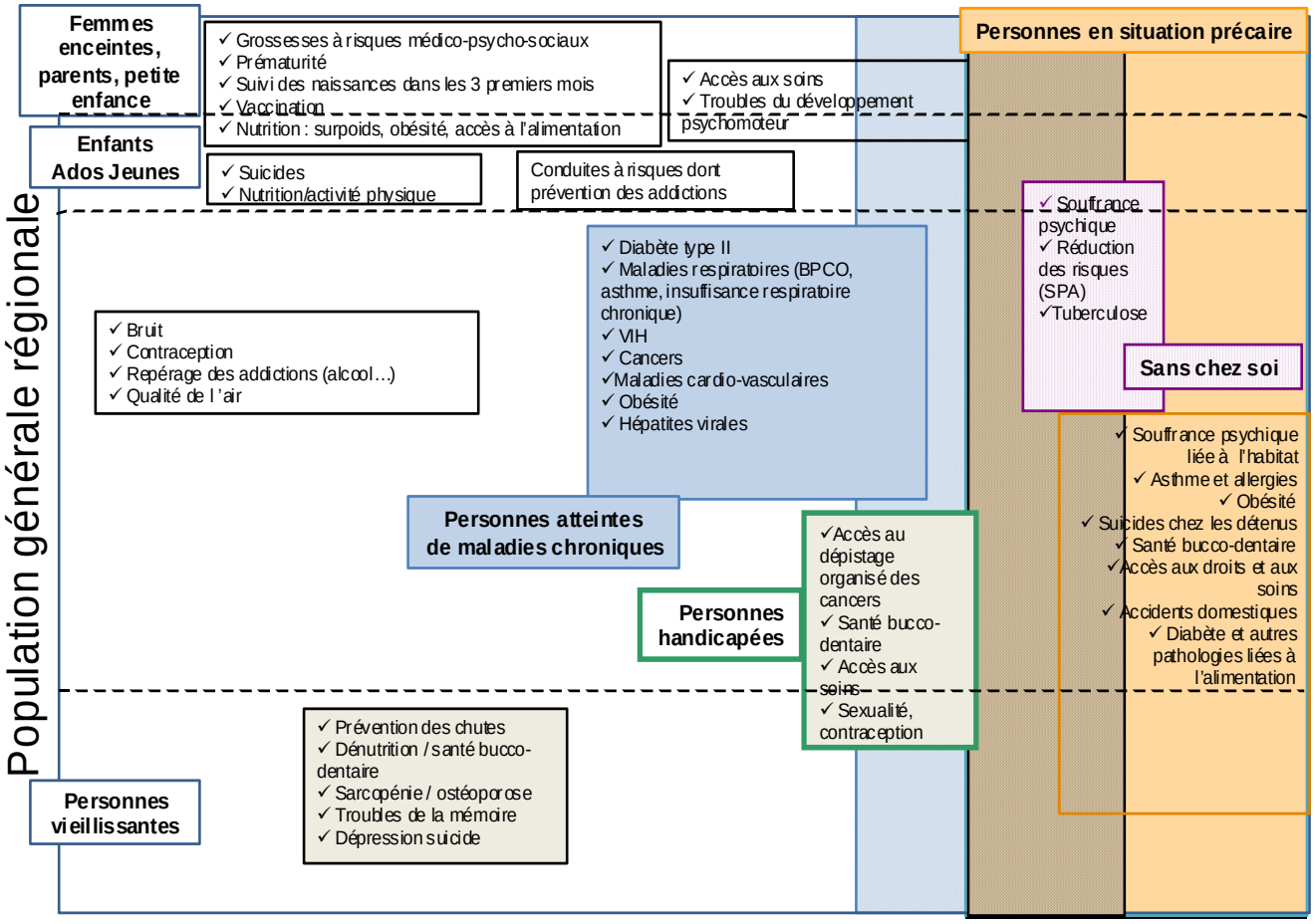
6. Priorités du schéma régional de prévention volet PPS

Chacun des domaines stratégiques du PSRS a été analysé précisément dans le cadre du schéma de prévention. Cette analyse qui fait l'objet d'un document préparatoire a permis de mettre en évidence un certain nombre de caractéristiques régionales et même parfois territoriales.

L'examen des priorités a fait l'objet d'un temps de travail spécifique du groupe technique du schéma[19]. Il a été réalisé à partir des données analysées pour chaque domaine du PSRS.

Plusieurs priorités se dégagent, qui peuvent être ventilées en fonction d'une approche par public. Cette approche est représentée ci-dessous en identifiant :

- un groupe population générale qui correspond à la totalité du cadre,
- et au sein de cet ensemble, des sous-groupes correspondant à différents publics visés par des priorités spécifiques mises en évidence dans le schéma de prévention : Femmes enceintes, parents et petite enfance, Enfants Adolescents Jeunes, Personnes vieillissantes, Personnes en situation de handicap, Personnes atteintes de maladies chroniques et Personnes en situation précaire.



[19] Réunion du 12 avril 2011 en sous-groupes par domaine stratégique avec utilisation d'une grille de priorisation commune.

A partir de ce travail et des données disponibles, deux types de priorité pourront être proposés :

- Des priorités pour l'établissement de programmes ou plans d'actions portant sur un problème important dans la région et pour lesquels des solutions efficaces et adaptées (actions probantes) existent. L'inscription de ces problématiques dans une politique nationale constitue un élément de priorisation supplémentaire,
- Des priorités pour le développement d'expérimentations ou de recherches correspondant à des problèmes importants dans la région et pour lesquels il n'y a pas de solutions efficaces et adaptées.

Ces priorités ont conduit à la détermination d'objectifs pour les publics identifiés ci-dessus. Ces objectifs sont présentés dans le chapitre suivant.

7. Synthèse des objectifs retenus par public

Les objectifs définis pour chacun des domaines stratégiques en fonction des priorités retenues ont été répartis par public en précisant à quel type d'objectif général du PSRS ils se rapportent (cf. tableaux en annexe 11). Le détail des objectifs (dont plusieurs sont chiffrés) pour chacun de ces domaines est précisé en annexe 12.

Une synthèse de ces objectifs a été réalisée ci-après pour six catégories de publics :

7.1 Population générale

C'est l'ensemble de la population (tous âges confondus) résidant sur un territoire donné (région, département, commune ou quartier) qui est concernée. Les principaux objectifs proposés sont les suivants :

- Réduire les inégalités territoriales de santé : les publics les plus vulnérables socialement ne sont pas ici a priori privilégiés dans le choix des actions à mener ; en effet, ces inégalités territoriales peuvent concerner l'ensemble de la population qu'il s'agisse des effets de l'exposition à un environnement délétère ou des conséquences des difficultés spécifiques d'accès aux soins pour des raisons géographiques.
- Prévenir les récidives des tentatives de suicide en améliorant leur prise en charge.
- Prévenir les maladies chroniques ou en réduire les complications : il s'agit ici de réduire le tabagisme et la consommation d'alcool et de promouvoir l'application des repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS), et aussi d'améliorer le dépistage des cancers, de l'infection à VIH ou de certaines maladies chroniques.
- Promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive[20].
- Favoriser l'intégration des personnes malades dans la cité.

Réduire les inégalités territoriales de santé

- Modéliser un diagnostic local intégrant un indicateur de défavorisation, des indicateurs épidémiologiques disponibles et un recueil de données qualitatives.
- Mettre en œuvre les actions nécessaires dans le cadre de conventions avec les institutions concernées.
- Mettre en œuvre une démarche territoriale de promotion de la santé dans les territoires prioritaires, soutenir l'activité des Ateliers Santé Ville, définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir à des contrats locaux de santé.
- Promouvoir la participation de la population.
- Préserver la population des effets de la pollution atmosphérique et améliorer la qualité de l'eau dans les territoires de montagne (cf. Programme Régional Santé Environnement (PRSE) 2).

[20] Pour l'OMS, la santé sexuelle et reproductive s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie.
Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent.
Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé. Cf. http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/index.html

Prévenir les récidives des tentatives de suicide en améliorant leur prise en charge

- Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique,
- Améliorer le repérage de la crise suicidaire et des tentatives de suicide (y compris pour les personnes âgées)
- Diminuer la récidive de tentatives de suicides (TS) ou des crises suicidaires.
- Développer les dispositifs coordonnés de prise en charge des TS.
- Développer les actions de formation des professionnels de santé de proximité et des travailleurs sociaux et les évaluer.

Prévenir les maladies chroniques ou en réduire les complications en luttant contre les facteurs de risque comportementaux et environnementaux

- Réduire en 5 ans d'au moins 25% la prévalence du tabagisme quotidien et en particulier réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans
- Réduire la consommation quotidienne d'alcool (18-55 ans).
- Prévenir l'usage de produits psycho-actifs et les conduites addictives :
  - développer les pratiques de prévention et de réduction globale des risques avec une offre mieux différenciée par niveaux de prévention notamment auprès des personnes les plus exposées.
  - développer le repérage et l'orientation des personnes ayant des usages problématiques de produits psycho actifs.
- Promouvoir l'adoption par la population générale de comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH/Hépatites et notamment pour les populations les plus exposées (hors PRAPS).
- Promouvoir l'application des repères du PNNS et notamment augmenter l'activité physique et réduire la sédentarité.
- Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de statut socio-économique (SSE) faible et de SSE élevé sachant que les valeurs actuelles[21] sont les suivantes :
  - SSE faible 45% de surpoids ou d'obésité,
  - SSE élevé 31% de surpoids ou d'obésité.
- Promouvoir la prévention et la réduction des complications des maladies chroniques.

Améliorer le dépistage de certaines maladies chroniques

- Améliorer le dépistage des cancers (colorectal, sein, col de l'utérus), de l'infection à VIH/Sida, des IST, des hépatites et du diabète de type 2.
- Améliorer le diagnostic précoce des cancers de la peau.
- Améliorer la continuité entre dépistage, diagnostic et soins.

Promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive

- Promouvoir les mesures permettant de choisir le moment de la grossesse : renforcer l'accès au counseling, à une contraception adaptée y compris la contraception d'urgence, aux préservatifs et renforcer l'accès à l'IVG.
- Développer la prévention des IST, de l'infection à VIH, des infections à Chlamydiae, à Papillomavirus humain et à Herpes simplex virus.

Prévenir les violences faites aux femmes

[21] Source : Baromètre santé nutrition 2008

Favoriser l'intégration des personnes malades dans la cité. Changer les représentations collectives des maladies chroniques, des troubles de santé mentale, du handicap et du vieillissement.

- Offrir une visibilité sociale et assurer une mobilisation collective sur le thème des troubles de santé mentale, des maladies chroniques, du handicap et du vieillissement.
- Faire connaître, sensibiliser, communiquer sur les maladies chroniques, les troubles de la santé mentale, le vieillissement et le handicap.
- Lutter contre les discriminations à l'égard des personnes vivant avec le VIH, présentant des troubles de santé mentale ou en situation de handicap.

7.2 Femmes enceintes, parents et petite enfance

L'objectif ici est de réduire les effets négatifs des inégalités socio-économiques sur la santé, en intervenant dès la grossesse et la vie intra-utérine, tout au long de la période néonatale (0-28 jours) et auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs parents. Agir à cette période est capital pour réduire les inégalités de santé ; de nombreuses mesures ciblent donc cet objectif. Les actions visant à développer les facteurs de protection ont une vocation générale pour certaines (allaitement maternel) ou plus ciblée sur des territoires vulnérables pour d'autres (développement des compétences psychosociales). La prévention du surpoids et de l'obésité concernera plus particulièrement ces territoires socialement vulnérables.
Pour les enfants de moins de 6 ans qui correspondent au public « petite enfance », l'objectif est ici d'intervenir le plus précocement possible en particulier pour réduire les conséquences d'un environnement physique ou social défavorable et promouvoir des facteurs de protection à même d'inscrire l'enfant dans la trajectoire de vie la plus favorable.

Mieux connaître et prendre en compte les inégalités territoriales et sociales de santé

- Décrire l'impact des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales sur la santé des enfants (cf. PRSE 2).
- Protéger les populations vulnérables, en particulier les enfants, des conséquences majeures des expositions précoces (substances chimiques en particulier) en terme de handicap ou d'autres pathologies lourdes, chroniques ou à long terme (cf. PRSE 2 et résultats étude mentionnée ci-dessus).
- Décrire l'état de santé des enfants de 3-4 ans et de 5-6 ans en précisant ses spécificités selon les différents territoires de la région (en exploitant les bilans de santé en écoles maternelles).
- Assurer l'exploitation des données recueillies lors de l'établissement des certificats de santé pour chacun des départements de la région et au niveau le plus fin.
- Décrire la mortalité des enfants par accident domestique.
- Inscrire un axe petite enfance dans le volet santé des CUCS ainsi que dans les ASV, en tant que de besoin.
- Développer des programmes coordonnés d'intervention précoce pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité (agir sur le développement somatique, moteur, du langage, cognitif et social), en lien avec les REAAP (Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) pour ce qui concerne le soutien aux parents :
    - améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national,
    - améliorer l'accès à la prévention, au dépistage et le suivi des bilans de santé : troubles du développement psychomoteur et en particulier d'apprentissage du langage, améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3,5/4,5 ans et 5/6 ans)
    - identifier et agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...) (cf. PRAPS et PRSE),

- recourir à des outils adaptés de transmission de l'information.

- Garantir une alimentation suffisante et équilibrée pendant la grossesse.
- Développer et renforcer le lien d'attachement parent-enfant (cf. SROS périnatalité).

Promouvoir des facteurs de protection chez les enfants

- Promouvoir l'Entretien Prénatal Précoce.
- Prévenir les conduites addictives chez les femmes enceintes.
- Favoriser l'allaitement maternel.
- Mettre en œuvre des programmes de développement des compétences psychosociales chez les enfants.
- Promouvoir des actions d'éducation à la santé (hygiène bucco-dentaire, alimentation suffisante et équilibrée et activité physique adaptée) dans les territoires prioritaires pour l'Education Nationale et dans les territoires vulnérables (en particulier territoires en CUCS).
- Assurer le respect du calendrier vaccinal en suivant les recommandations du comité de pilotage chargé de la stratégie vaccinale régionale.
- Participer à l'amélioration du repérage précoce des enfants exposés aux violences, notamment à l'impact des violences conjugales, en renforçant la formation des professionnels de santé.

Diminuer l'incidence des maladies chroniques :

- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

Prévenir les accidents de la vie courante

Lutter contre les violences faites aux femmes

- Sensibiliser les professionnels (généralistes, spécialistes, sages-femmes) à la problématique des mutilations sexuelles féminines (cf. plan Violences faites aux femmes).

7.3 Enfants, adolescents, jeunes

L'âge du public visé ici est compris entre 6 et 25 ans et les objectifs concernant les jeunes ciblent également les jeunes en détention.
Les mesures proposées concernent en priorité certains problèmes de santé ou comportements à risques plus marqués à l'adolescence : souffrance psychique, suicide, surpoids/obésité, accidents, usage de substances psychoactives. Elles visent aussi la promotion d'une santé épanouie : développement des compétences psychosociales chez les enfants, sexualité. Des mesures spécifiques seront développées pour soutenir les parents.

Mieux connaître et prendre en compte les inégalités territoriales de santé

- Améliorer l'accès à la prévention (santé bucco-dentaire), au dépistage et à la prise en charge : troubles du développement psychomoteur et en particulier d'apprentissage du langage.
- Améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national.
- Identifier et agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...).

Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique, de la crise suicidaire, des tentatives de suicide et des troubles de santé mentale

- Développer la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant une souffrance psychique, une dépression, des troubles du comportement.

- Informer les parents des facteurs de risque repérables sans investigation ou nécessitant le recours aux soins spécialisés.
- Diminuer la récidive des TS ou des crises suicidaires.
- Développer les prises en charge coordonnées des TS.

Prévenir l'usage de produits psycho-actifs, les addictions et leurs conséquences

- Développer des programmes de prévention des addictions (jeunes scolarisés ou hors système scolaire).
- Développer des programmes de réduction des risques, y compris sexuels, notamment dans les milieux festifs et commerciaux.

Promouvoir des facteurs de protection et des connaissances en santé

- Promouvoir des actions d'éducation à la santé (notamment sur l'activité physique/nutrition, l'hygiène, le sommeil, la gestion du stress et le bruit).
- Mettre en œuvre des programmes de développement des compétences psychosociales chez les enfants.
- Soutien à la fonction parentale pour favoriser, maintenir ou améliorer les liens entre parents/enfants /institutions.

Promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive

- Renforcer l'accès à une contraception adaptée et ainsi réduire les grossesses non désirées.
- Développer des programmes d'éducation à la vie affective et sexuelle (cf. composantes de ces programmes en annexes 11 p. 86 et 12 p. 100), en priorité dans les territoires les plus vulnérables et auprès des jeunes hors système scolaire.

Diminuer l'incidence des maladies chroniques :

- Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids.
- Réduire l'usage quotidien du tabac chez les garçons et les filles.
- Réduire la consommation d'alcool.
- Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B et contre les papillomavirus.

7.4 Personnes les plus démunies : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Le public visé ici est en situation de vulnérabilité économique (pauvreté monétaire) ou sociale (personnes détenues, migrantes, familles monoparentales correspondant le plus souvent à des femmes élevant seules leurs enfants, personnes sans chez soi, …).
Les mesures proposées s'articulent autour de trois axes :

- Réduire les inégalités de santé en définissant des programmes territoriaux de santé sur les sites les plus socialement vulnérables et en renforçant les actions de prévention visant les personnes vulnérables (en particulier personnes migrantes, détenues,…).
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité pour l'ensemble de la région.
- Promouvoir des actions de réduction des risques chez les publics usagers de drogues.

Mieux connaître et prendre en compte les inégalités de santé

- Harmoniser le recueil des données de dispositifs visant des publics en situation précaire ou de vulnérabilité (PASS, Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires, Lits Halte Soins Santé, appartements de coordination thérapeutique,…).

- A l'issue de la démarche territoriale de promotion de la santé dans les territoires prioritaires, développer des actions intersectorielles à même de prendre en compte les déterminants des inégalités de santé (état des logements, réussite scolaire, santé au travail, environnement, …). et appropriées aux publics vulnérables dans un programme territorial de santé.
- Identifier et agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés, notamment pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...).
- Développer la prévention spécialisée à l'égard des addictions par territoire (sur les quartiers en politique de la ville, communes…).
- Prévenir le risque de suicide chez les personnes détenues.
- Réduire les inégalités territoriales de santé en garantissant l'accès à la prévention des maladies chroniques repérées comme prioritaires et en agissant sur leurs déterminants :
    - diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids.
    - réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage pour les publics les plus démunis.
    - augmenter de 50% la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 ans en situation précaire.
    - augmenter la participation au dépistage organisé du cancer colorectal et améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus
    - améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et la vaccination hépatite B pour les publics concernés y compris à l'entrée et pendant la détention.
    - améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention.
    - réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité alimentaire quantitative.
    - développer l'éducation thérapeutique pour le public concerné par le PRAPS en adaptant les programmes.

Favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins

- Accompagner les publics concernés à l'accès aux droits, au dépistage et aux soins.
- Favoriser l'accès au logement.
- Accroître en 5 ans le taux actuel de recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) (qui est de 25%) à 35%..
- Lutter contre les refus et/ou renoncements aux soins (réglementation, dépassements d'honoraires, charte,…).
- Favoriser l'intervention de pairs et de médiateurs formés (migrants…).
- Favoriser l'accès aux transports pour les personnes éloignées des dispositifs de prévention et de soins
- En détention, améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins
- Prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison : mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie.
- Adapter la prise en charge des malades aux besoins spécifiques des publics concernés par le PRAPS :
    - développer des réseaux santé-précarité (continuité des soins pour les personnes sans chez soi en particulier), former les personnels, définir des protocoles (y compris à l'hôpital),
    - renforcer le fonctionnement des PASS (modalités de fonctionnement, consultations dentaires PASS ...).
- Favoriser l'accès aux soins pour les personnes sans chez soi présentant des troubles de santé mentale :
    - renforcer les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) (Nice, Avignon),
    - renforcer le fonctionnement des PASS de psychiatrie.

- Promouvoir des facteurs de protection et des connaissances en santé :
  - mettre en œuvre des programmes de développement des compétences psychosociales (CHRS,…),
  - améliorer le dépistage des IST,
  - renforcer l'accès à la contraception, l'accès à l'IVG et un accès aux préservatifs le plus large.

Promouvoir des actions de réduction des risques chez les publics usagers de drogues licites ou illicites

- Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral.
- Améliorer l'accessibilité des programmes et des matériels de réduction des risques liés à la toxicomanie et les traitements de substitution aux opiacés.
- Améliorer l'accès des femmes consommatrices de drogues à la prévention des risques sexuels et à un suivi gynécologique.

7.5 Personnes atteintes de maladies chroniques

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, dont l'évolution peut être émaillée de complications.

Du fait du vieillissement de la population et des progrès de la médecine, la prévalence des maladies chroniques est en constante augmentation et représente un enjeu sanitaire, économique et sociétal majeur. En France, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques.

L'intégration de l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins est un élément indispensable dans la prise en charge des maladies chroniques. Elle « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

La prévention médicalisée sera considérée en interface avec le SROS.

Les objectifs retenus sont les suivants.

1- Eviter l'apparition de complications des maladies chroniques ou les réduire :

- Sensibiliser les professionnels de santé au diagnostic précoce des maladies rares.
- Améliorer le diagnostic précoce de la Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).
- Réduire la consommation d'alcool et de tabac, surpoids-obésité et dyslipidémies.
- prévenir la transmission des maladies chroniques liées à un agent infectieux et transmissible
- Analyser le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes d'une maladie chronique en prenant le diabète de type II comme pathologie traceuse.
- Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique (cf. détails dans la partie « maladies chroniques » du document préparatoire analyse par domaine stratégique) :
  - promouvoir et développer l'éducation thérapeutique réalisée majoritairement en ambulatoire en assurant un maillage territorial sur des pathologies prioritaires : diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, insuffisance rénale chronique, VIH-SIDA, obésité, troubles psychiatriques, tout en intégrant des personnes vulnérables y compris la population pénitentiaire,
  - développer l'éducation thérapeutique dans les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires qui sont en projet.

- favoriser l'intégration des professionnels de santé libéraux au sein de programmes autorisés,
- développer des coopérations et des partenariats pour assurer le maillage territorial,
- sensibiliser et former les médecins libéraux à la démarche éducative.
- faire connaître les programmes autorisés,
- inciter les porteurs de programmes à intégrer les associations de patients (ou patients « experts ») dans leur élaboration et leur mise en œuvre,
- promouvoir l'articulation « programmes d'éducation thérapeutique/ accompagnement des patients réalisé par les associations ».

2- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques en développant l'éducation thérapeutique, en prévenant ou retardant la perte d'autonomie, en luttant contre l'isolement et la désinsertion sociale et en soutenant les aidants :

- informer les aidants sur la maladie de leur proche.
- soutenir une politique de maintien dans l'emploi.
- accompagner les malades et leur famille.
- prévenir la perte d'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques.
- lutter contre l'isolement et la désinsertion sociale.

3- Expérimenter un modèle territorial d'animation et de coordination du parcours de santé

- Diagnostiquer les besoins et les ressources dans le champ sanitaire et social.
- Constituer une coordination locale de professionnels, articulée avec le niveau de spécialité, de recours et de référence.
- Structurer la prise en charge globale du patient en décrivant le parcours, en proposant un point d'entrée unique pour les patients, les familles et les professionnels (cf. détail dans la partie « maladies chroniques » du document analyse par domaine stratégique).

7.6 Personnes vieillissantes et personnes en situation de handicap

7.6.1 Personnes vieillissantes

Les objectifs proposés visent à promouvoir un vieillissement harmonieux à domicile pour les personnes âgées de 55 ans et plus. Ils concernent l'ensemble des composantes du parcours de vie en prenant en compte des éléments portant sur l'environnement physique des personnes, la qualité de leur lien social, l'évolution de leurs compétences cognitives et leurs comportements.

Améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes en prévenant ou retardant la perte d'autonomie, en luttant contre l'isolement et la désinsertion sociale et en soutenant les aidants.

Préserver les capacités mnésiques en développant les ateliers mémoire

Mieux connaître et prendre en compte les inégalités territoriales de santé

- Sensibiliser les partenaires pour l'amélioration des milieux de vie : aménagement des logements, accessibilité des locaux publics, qualité de vie du quartier, du voisinage (notamment aménagement de l'espace public favorable à la lutte contre la sédentarité).

Réduire les risques de chutes

Eviter l'apparition de complications des maladies chroniques ou les réduire

- Améliorer le dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein.
- Réduire la consommation d'alcool.

Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition

Les mesures relatives à la **dépression et au suicide** sont prise en compte dans les objectifs concernant la population générale.

Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse

7.6.2 Personnes en situation de handicap

La question de l'accès aux soins, au dépistage et à la prévention est très importante pour ce public. Elle est complexe car les problèmes rencontrés varient fortement en fonction de la nature du handicap et de l'environnement de la personne. Il s'agira donc de s'engager progressivement vers la définition de réponses adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées en ciblant quelques priorités. Les objectifs spécifiques proposés ci après concernent les personnes adultes en situation de handicap. Ils doivent être mis en œuvre en lien avec ceux proposés dans le cadre du schéma régional d'organisation médico-sociale dans une perspective de coordination et d'efficacité.

Développer auprès des personnes en situation de handicap, des actions d'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH dans les établissements et services médico-sociaux

- Adapter les messages de prévention aux personnes en situation de handicap.
- Inciter le public à se faire dépister en développant l'accompagnement de ces personnes aux dépistages.
- Renforcer les connaissances des personnels éducatifs et d'encadrement sur la prévention et à l'éducation à la sexualité en direction des personnes en situation de handicap.

Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes de 50-74 ans accueillies dans les établissements et services médico-sociaux
Améliorer la participation au dépistage organisé du cancer colorectal des hommes et des femmes de 50 à 74 ans accueillis dans les établissements et services médico-sociaux

- Former les professionnels de santé aux spécificités du handicap :
  - adapter les consultations,
  - accueil et écoute des publics.
- Former des personnes relais au dépistage des cancers :
  - identifier une personne référente au sein de la structure d'accueil ou d'hébergement accueillant des personnes en situation de handicap,
  - renforcer les connaissances des personnes relais sur les modalités d'accès au dépistage organisé des cancers.

.
Former les professionnels de santé, notamment les médecins (plus spécifiquement généralistes, ophtalmologues, gynécologues, radiologues, etc.) et les chirurgiens dentistes aux spécificités du handicap

- Adaptation des consultations, accueil et écoute du public en situation du handicap.

8. Une stratégie associant actions en population générale et mesures ciblées

8.1 Des programmes ou plans d'action populationnels

Ce nombre important d'objectifs pourrait faire redouter une extrême complexité. Un examen plus attentif met en évidence la récurrence de plusieurs d'entre eux autour de problèmes identiques avec en corollaire des actions visant leurs déterminants les plus immédiats :

- Prévention du tabagisme-accès au sevrage tabagique, alcool, addictions, réduction des risques
- Nutrition, activité physique
- Accès aux dépistages (cancers, VIH, hépatites, diabète,…)
- Santé bucco-dentaire
- Suicide, souffrance psychique
- Vaccinations
- Développement des compétences psycho-sociales
- Sexualité/contraception
- Logement insalubre.

Plusieurs objectifs portent par ailleurs sur la mise en œuvre et l'organisation des actions. Il s'agit :

- soit de la définition sur les territoires les plus vulnérables de politiques locales de santé et de leur animation et coordination dans le cadre d'une démarche territoriale de promotion de la santé concernant de manière transversale le champ de la prévention, des soins et de l'accompagnement médico-social , associant la population et prenant en compte l'ensemble des déterminants notamment environnementaux (qualité de l'air, logement…)
- soit de l'organisation de l'offre (notamment couverture territoriale) ou du parcours d'accès aux soins et de continuité des soins (réseaux santé précarité, organisation de l'offre de prévention à l'égard des addictions, suivi des femmes enceintes vulnérables, réseaux petite enfance…).

Pour le volet PPS du Schéma régional de prévention, les propositions peuvent donc être faites sous deux formes bien distinctes, intégrant par ailleurs les orientations du PRSE 2 :

- **six programmes ou plans d'action populationnels** :
  - Population générale,
  - Femmes enceintes, parents et petite enfance,
  - Enfants, adolescents, jeunes,
  - PRAPS (personnes précaires, vulnérables et personnes sans chez soi),
  - Personnes atteintes de maladies chroniques,
  - Personnes vieillissantes et personnes en situation de handicap ;
- une prise en compte des préconisations du schéma **à l'échelle des départements** en distinguant **trois niveaux** :
  - les dispositifs à créer et à étendre,
  - la mise en œuvre et l'animation de démarches territoriales de promotion de la santé devant aboutir à la définition de programmes territoriaux de santé,
  - le développement d'actions de prévention selon les définitions et principes énoncés par le schéma, en visant en priorité les territoires et publics particulièrement vulnérables (cf. objectifs par territoires en annexe 13). Pour la plupart des thématiques mentionnées ci-dessus, les actions devront être développées en référence aux bonnes pratiques. Lorsqu'il n'existe pas de modalités probantes, des expérimentations seront d'abord nécessaires.

Ainsi, en développant ces programmes et ces mesures, la stratégie retenue pour réduire les inégalités de santé (cf. annexe 14) associerait de manière complémentaire :

- des actions développées pour l'ensemble de la population (prise en compte du gradient social),
- des actions visant les personnes les plus vulnérables (vulnérabilité socio-économique, personnes migrantes, détenus et sortants de détention,…),
- une démarche territoriale de promotion de la santé sur les territoires les plus vulnérables socialement et/ou au regard de leur environnement permettant la prise en compte de la dimension territoriale des inégalités de santé (cf. critères de qualité inégalités de santé et animation territoriale dans le document préparatoire).

8.2 Quatre axes à conjuguer

La mise en œuvre du schéma devra conjuguer quatre axes complémentaires, en leur affectant des moyens appelés à évoluer au fil des cinq années à venir :

- **Améliorer la connaissance**

Pour chacun des plans d'action comme pour le PRAPS, des objectifs visant à améliorer les connaissances sont proposés, soit pour mieux analyser l'état de santé des publics visés, soit en terme méthodologique.

- **Développer les politiques territoriales**

Actuellement, le développement de ces politiques s'appuie essentiellement sur le dispositif des ateliers santé ville (ASV), déployé sur les territoires en contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et dont le financement ne relève pas de l'ARS. Des moyens complémentaires devront donc être affectés à cet axe, d'abord pour financer l'ingénierie locale nécessaire à la définition de programmes territoriaux de santé et à leur coordination, puis pour financer les actions nécessaires, en étroite articulation avec les institutions compétentes.

- **Soutenir la mise en œuvre des programmes**

Ce soutien passera par des appels à projets, avec une attention particulière à la structuration des actions, dans leur déploiement local (coordination avec d'autres acteurs, pertinence par rapport à la situation du territoire,…), mais aussi dans leur construction (priorité à des programmes déclinant des actions par niveau). Les actions devront s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques et prévoir des modalités d'évaluation précises sans que ceci prenne un caractère trop exclusif, car, dans le champ de la promotion de la santé, la multiplicité des déterminants rend les processus d'évaluation très complexes.

- **Recourir à l'innovation**

Cette approche permet d'associer dans le cadre de recherches-actions des opérateurs de terrain à des équipes de recherche. 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.
Plus largement, l'objectif poursuivi est de contribuer à améliorer la pertinence et la qualité des actions de promotion de la santé et de prévention développées dans la région (réponse aux besoins, méthodologie, évaluation,...).

9. Rechercher l'efficience

Le plan stratégique régional de santé

Un des domaines stratégiques identifiés du PSRS porte sur l'efficience et la qualité du système de santé.

L'enjeu est de rendre plus lisibles les modalités d'accès et de prise en charge de la population dans le double objectif de simplifier le parcours des personnes et d'éviter les surcoûts financiers.

La mise en œuvre de l'évaluation économique dans le secteur de la santé, c'est-à-dire la recherche de l'efficience vise à éviter les « pertes de chance » pour la population. C'est en cela qu'elle constitue un outil au service d'une "éthique" des choix publics.

La prévention : un très bon investissement

L'objectif de la prévention n'est pas de réduire les dépenses de santé, néanmoins elle y contribue en promouvant des comportements de responsabilisation et en développant des programmes de prévention ayant un impact sur la prévalence de certaines pathologies.
En outre, la prévention possède un remarquable rapport coût/efficacité : par ses effets en amont sur les conduites à risques, l'argent investi en prévention est dix à cent fois plus productif d'effets bénéfiques sur la santé que la même somme affectée au dépistage ou au soin.
A titre d'illustration, un des effets à moyen et long terme de l'éducation thérapeutique en matière d'économie est également attesté par des études coût/bénéfice réalisées pour différentes pathologies (diabète, asthme…).

Un schéma régional pour améliorer l'offre de prévention

Le schéma régional de prévention doit permettre :

- de développer une **approche intersectorielle, interministérielle et partenariale** de la promotion de la santé en capacité d'agir avec efficacité (et efficience) sur les déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux de la santé,
- d'améliorer **la qualité des interventions** et d'identifier les métiers et les **formations** nécessaires à une meilleure efficacité et efficience des actions de promotion de la santé et de prévention dans la région,
- d'améliorer la qualité et l'efficience des actions par une **professionnalisation** du travail de prévention et une meilleure **articulation avec les autres schémas et politiques** portées par l'Etat, l'Assurance Maladie ou les collectivités,
- d'ancrer une démarche de santé publique intégrée allant de la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social sans oublier l'enjeu de la sécurité sanitaire.

Financer les actions les plus pertinentes

Les membres du groupe technique réuni pour contribuer à la rédaction du volet prévention promotion de la santé du schéma régional de prévention ont fait part avec force de la nécessité de faire bénéficier la politique régionale de prévention des moyens nécessaires.
Les choix en matière d'actions de prévention devront faire appel à une appréciation de la rentabilité sociale, c'est-à-dire du bénéfice que les actions procurent à la collectivité par rapport au coût engagé.
La démarche devra demeurer pragmatique, tout en affichant d'emblée une démarche évaluative intégrée des actions.

Il faut s'assurer de la pertinence des projets proposés au regard des besoins jugés prioritaires et apprécier le degré d'adéquation entre les objectifs et les moyens mis en œuvre.

Il faudra aussi analyser les ressources employées et les confronter aux résultats de l'action.

De nouvelles organisations

A ce titre, l'ARS encourage les mutualisations et les complémentarités dans un souci de rationalisation des coûts, de partage des expériences et des bonnes pratiques. Elle sera particulièrement attentive, notamment dans l'élaboration des cahiers des charges visant à déterminer les appels à projets, à la fédération d'actions et de projets.

L'ARS prendra également en compte la logique d'efficience dans ses critères d'analyse des projets.

Par ailleurs, il est impératif pour permettre un développement de la prévention de sortir d'une gestion à court terme, pénalisante tant sur le plan de l'efficience que pour l'évaluation des actions.
Pour que l'impact des résultats des actions puisse être mesuré, il est nécessaire de s'inscrire dans la durée, ce que ne permet pas le financement annuel des projets.

C'est pourquoi, l'établissement ou la confirmation de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour des actions ou structures, pourrait être envisagé dans certains cas avec :

- une base d'activités pour trois ans en adéquation avec des axes prioritaires de la politique régionale de santé,
- une convention glissante permettant le maintien d'une constante visibilité pluriannuelle à partir d'évaluations annuelles et l'affichage de la durée et de l'avancement des programmes,
- des objectifs progressifs quantifiables sur trois ans avec un accroissement du niveau d'exigence.

Des critères de sélection des structures ou projets pouvant faire l'objet d'un CPOM devront préalablement être définis par l'ARS, en concertation avec ses partenaires.

10. Conclusion

Le schéma régional de prévention fait de la réduction des inégalités de santé l'enjeu majeur de la politique à mettre en œuvre pour les cinq prochaines années. Il associe des objectifs visant à améliorer la santé de l'ensemble de la population régionale à une approche plus sélective avec des objectifs spécifiques à des publics ou à des territoires.

Plusieurs conditions sont nécessaires pour espérer réussir :

- Engager les institutions partenaires dans la déclinaison du schéma.
  La prise en compte des différents déterminants de santé rend indispensable une approche intersectorielle. Cela suppose une formalisation des engagements de chacun, dans un dispositif de conventions et un partage du pilotage et de l'animation des programmes à mettre en œuvre, selon les publics concernés.

- Définir des programmes territoriaux de santé appropriés aux besoins.
  L'ARS doit à la fois assurer un accompagnement de l'animation au plan local, prévoir les financements nécessaires aux actions et préparer avec les collectivités locales concernées les termes des contrats locaux de santé correspondants. La participation de la population des territoires visés est indispensable.

- Envisager une période de transition entre des actions relativement ponctuelles et des programmes de prévention structurés articulant niveaux d'intervention et acteurs par thématiques (addictions, sexualité, …), par territoires et/ou par publics (petite enfance, personnes en grande vulnérabilité sociale,…).
  Cette période demandera du temps car des expérimentations et un accompagnement méthodologique seront nécessaires pour parvenir à structurer les interventions appropriées, dans un programme agissant à plusieurs niveaux.

- Mobiliser et impliquer la population, les associations de personnes malades et d'usagers du système de santé.
  Ces associations constituent d'importants relais potentiels de nombreuses actions prévues par le schéma ; leur rôle peut être majeur dans un contexte financier contraint.

- Mobiliser les professionnels libéraux, les établissements de santé et médico-sociaux pour ce qui les concerne, en veillant à la transversalité avec les autres schémas.
  L'ensemble des professionnels de santé est concerné par la mise en œuvre du schéma régional de prévention, qu'il s'agisse de leurs missions intrinsèques, mais aussi, pour les établissements, de la ressource territoriale en santé qu'ils constituent, spécialement en zone rurale.

- Recourir à l'innovation.
  En l'absence de modalités probantes d'intervention, le soutien à des actions innovantes, dans une démarche de recherche-action associant acteurs de terrain et équipes de recherche sera indispensable

- Disposer des moyens financiers nécessaires.
  A moyen terme, le transfert, même d'une très faible partie des crédits affectés aux établissements et services de santé et médico-sociaux, accroitrait considérablement les capacités d'actions dans le champ de la prévention. D'ores et déjà, les CPOM et projets d'établissement de ces structures devront intégrer certains des objectifs du schéma régional de prévention.

La dernière étape de la construction du Projet Régional de Santé s'ouvre maintenant avec la définition des programmes opérationnels et des plans d'action. Elle devra associer les différents partenaires concernés et organiser les collaborations indispensables dans un cadre conventionnel approprié.
Si certaines des actions prévues relèvent directement de l'ARS, la plupart nécessitent en effet une mise en œuvre associant différents partenaires institutionnels.
Le schéma régional de prévention n'est donc pas une politique de prévention spécifique à la seule ARS, mais une proposition pour une politique régionale partagée de prévention. Cette politique concerne non seulement tous les acteurs du système de santé mais doit traverser également l'ensemble des politiques publiques.

Ont participé à l'élaboration du schéma :

Equipe de Rédaction :

Laurence Clément, Dr Gérard Coruble, Dr Alain Ferrero, Ludovique Loquet, Danielle Marquis, Dr Martine Sciortino, avec le précieux concours de Nicole Miroglio, d'Antony Tartonne, de Nancy Gouabeau et des pilotes des programmes du PRSP : Lucie Bacchioni, Zahia Bédrani, Dr Cécile Lucas, Hervé Meur, Dr Jasmine Moretti et Christophe Tonner.

Equipe projet du SRP

Membres de l'Agence Régionale de Santé (ARS) :
Jean-Jacques Coiplet, Directeur Direction Santé Publique et Environnementale (DSPE)
Marie-Christine Savaill, Directrice adjointe DSPE
Philippe Alesandrini, Responsable Département Santé Environnement DSPE
Dr Francis Charlet, Responsable Département Veille et Sécurité Sanitaire DSPE
Dr Philippe Malfait, Responsable de la CIRE Sud-Est
Florian Franke, CIRE Sud-Est
Dr Hugues Riff, Directeur Adjoint Patient, Offre de Soins et Autonomie (POSA)
Emmanuel Debernières, Directeur Adjoint Direction de la Stratégie et de la Prospective (DSP)
Marie-Cécile Marcellesi, Chargée de mission Cohésion Sociale-Précarité (POSA)
Dr Hélène Lansade (DSP)
Nathalie Molas-Gali, Représentant la Délégation territoriale 13
Karine Hadji, Représentant la Délégation territoriale 13
Partenaires :
Dr Philippe Barraize, Ville de Marseille
Dr Jacques Collomb, Conseil Général des Bouches du Rhône
Dr Fabien Josseran, Conseil Général des Alpes-Maritimes
Corinne Scandura, représentant la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)
Dr Pierre Taudou, Médecin conseiller du Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille
Joëlle Durant, Infirmière Conseillère Technique du Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille
Hélène Portal, représentant la Direction Régionale de l'Agriculture de l'Alimentation et de la Forêt (DRAAF)
Yohan Pamelle, Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement (DREAL)
Pierre-Yves Duthilleul, Coordonnateur des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
Jacques Politano, Directeur régional de la Mutualité Sociale Agricole PACA
Hélène Dutour, représentant le Régime Social des Indépendants (RSI)
Zeina Mansour, Directrice du Comité Régional d'Education pour la Santé PACA

Groupe technique volet Prévention Promotion de la Santé et Santé environnementale

Pr Christian Pradier, Département santé publique du CHU de Nice
Dr Patricia Enel, Présidente du COREVIH ouest
Dr Christiane Giraud, Représentante URML
Nathalie Merle, Directrice du CODES 13
Agnès Gillino, CASO Médecins du monde Nice
Dr Jacques Collomb, Directeur de la PMI et de la Santé Conseil général 13
Dr Françoise Bevançon, Chef du service de PMI Conseil général 06
Fabienne Szkutnicki, Infirmière de l'Education Nationale Lycée Général et Technologique du Rempart
Pierre Aplincourt, Représentant de l'Union Régionale de Sud-Est pour la Sauvegarde de la Vie, de la Nature et de l'Environnement (URVN-PACA)
Marie-Dominique Harmel, Directrice de la structure de dépistage des cancers ISIS 83
Etienne Zurbach, Dispositif d'appui Drogues et Dépendances PACA
Lisa Tichané, Directrice du Mouvement Français pour le Planning Familial 13
Renaud Dramais, Directeur du Collectif Actions des Sans Abri (Avignon)
Céline Gomez, Directrice générale de l'Université du Citoyen

Michel Lecarpentier, Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS)
Sarah Vernier, CRES au titre de l'animation régionale des Ateliers Santé Ville
Géraldine Meyer, Représentante URIOPSS
Hervé Terrien, Ingénieur au département santé environnement DSPE – ARS
Dr Garlone Roux Rousset-Rouvière, représentant la MSA
Karin Delrieu, représentant la Mutualité Française
Pierre-Yves Duthilleul, Coordonnateur des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
Lucie Bacchioni, Pilote de programmes PRSP
Zahia Bédrani, Pilote de programmes PRSP
Dr Cécile Lucas, Pilote de programmes PRSP
Hervé Meur, Pilote de programmes PRSP
Dr Jasmine Moretti, Pilote de programmes PRSP
Christophe Tonner, Pilote de programmes PRSP
Nathalie Molas-Gali, Délégation territoriale 13 ARS
Brigitte Moissonnier, Délégation territoriale 13 ARS
Martine Boyer, Service de PMI - Conseil général 13
Florence Lardillon, Université du citoyen
Fabrice Amaudruz, Université du citoyen
Dr Hélène Lansade, Chef de projet transversal Addictions DSP – ARS
Marie-Cécile Marcellesi, Chef de projet transversal Inégalités de santé POSA – ARS
Dr Geneviève Védrines, Chef de projet transversal Périnatalité petite enfance POSA – ARS
Dr Anne Brusquet, Chef de projet transversal Santé mentale POSA – ARS
Florence Bonnabel, Chef de projet transversal Vieillissement POSA – ARS

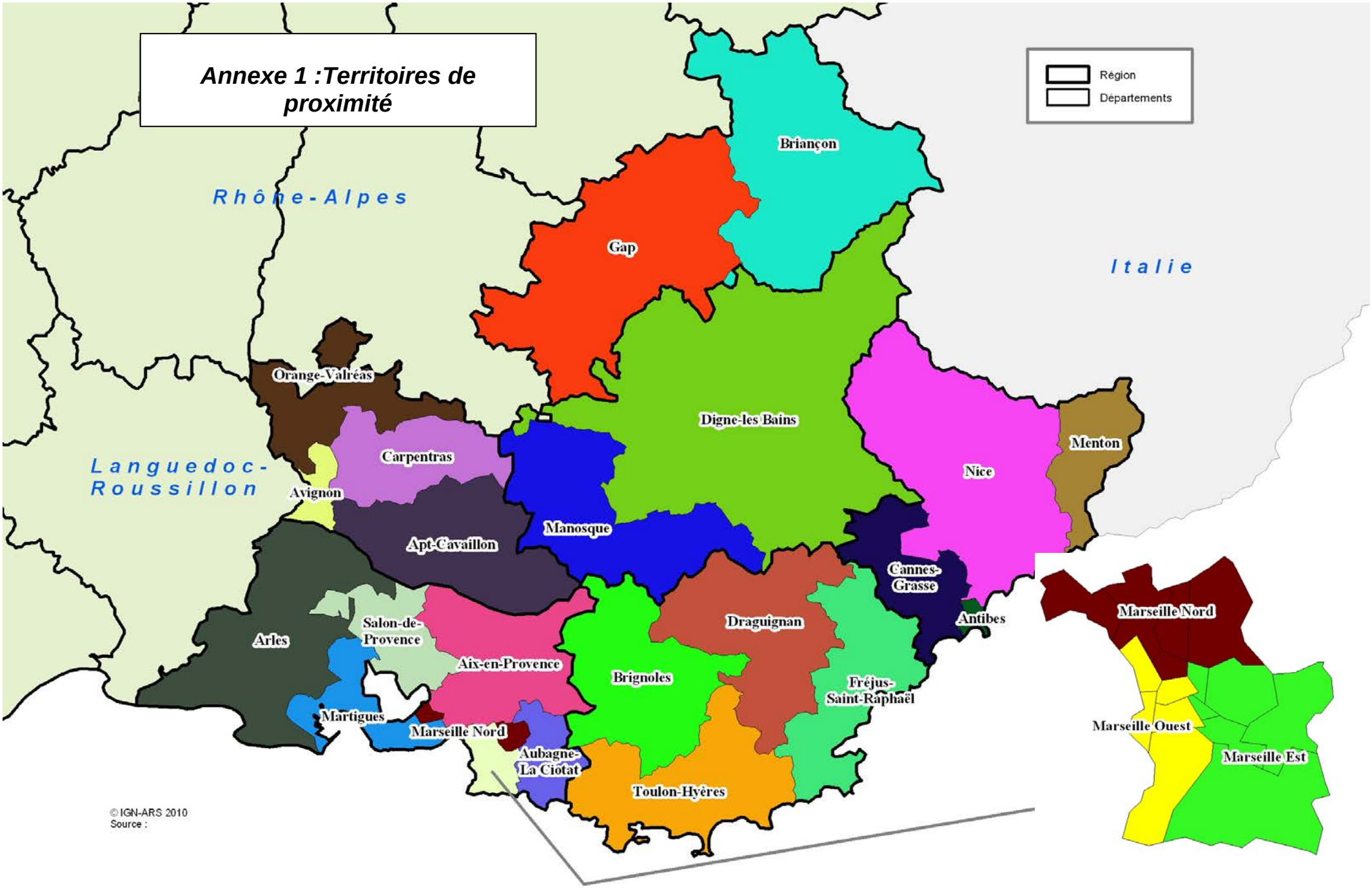
Les membres des groupes de travail

Education thérapeutique
Comité technique régional « maladies chroniques »
Périnatalité Petite enfance
Recherche et Développement en Santé Publique
Infection à VIH - Sida

Liste des annexes

N° Annexe	Renvoi à la page du document	Titre de l'annexe	
1	Page 4	Carte des territoires de proximité	Page 46
2	Page 4	Définitions	Page 47 à 48
3	Page 7	Identification des territoires socialement vulnérables	Page 49 à 62
4	Page 8	Premier décile des communes présentant les plus forts taux de pauvreté infantile – 2009	Page 63 à 66
5	Page 8	Données et carte de la répartition des bénéficiaires de la CMUC	Page 65
6	Page 9	Cartographie des sites de la Politique de la Ville en PACA	Page 66
7	Page 12	Affections de longue durée par cantons regroupés	Pages 67 à 68
8	Page 16	Habitat et santé	Page 69
9	Page 17	Définitions des dispositifs de prévention	Pages 70 à 78
10	Page 20	Analyse des actions du PRSP évaluées en 2007/2008/2009	Pages 79 à 82
11	Page 22	Tableau des objectifs par publics	Pages 83 à 91
12	Page 22	Répartition des objectifs selon les objectifs du PSRS	Pages 92 à 119
13	Page 30	Répartition des objectifs par territoires	Pages 120 à 158
14	Page 30	Stratégie proposée pour réduire les inégalités de santé	Pages 159 à 160

Annexe 1 :Territoires de proximité



ANNEXE 2

Définitions

Promotion de la santé

Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chacun (la cible est l'ensemble de la population) à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres, la promotion de la santé comprend un ensemble d'activités à portée sociale, économique et politique. Ces activités visent à :

- renforcer les capacités de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres,
- faire évoluer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes, dans un sens favorable à leur santé,
- donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Les déterminants sur lesquels on peut agir sont de plusieurs ordres :

- déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail…)
- déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics…) et économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi…)
- les ressources personnelles et les comportements favorables à la santé,
- déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique).

Il s'agit donc d'une approche écologique et systémique qui vise à agir sur la qualité et les conditions de vie, de travail, sur l'accès aux produits (ex : alimentation saine), aux infrastructures et aux services essentiels.

La prévention

La définition de la prévention retenue dans le schéma prend en compte son évolution récente, d'une approche centrée sur la maladie, en amont ou en aval de celle-ci, à une approche centrée sur la participation des personnes[22].

La prévention est ainsi « l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais c'est aussi tout ce que fait un individu ou un groupe, informé et responsabilisé, en faveur du maintien ou de l'amélioration de sa santé ». Elle se décompose alors en trois niveaux :

- prévention universelle : c'est l'éducation pour la santé
- prévention orientée : c'est le champ classique de la prévention des maladies
- prévention ciblée qui s'adresse aux malades et qui correspond pour l'essentiel à l'éducation thérapeutique.

L'éducation pour la santé

Elle comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.

Elle s'attache à développer :

- la démocratie participative et l'action communautaire, en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ses interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation et l' « *empowerment* ».
- les aptitudes personnelles et collectives, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée, et en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et compétences.

---

[22] San Marco JL, Ferron C. fiche 2 La prévention in Bourdillon F. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 192 p.

La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Elle correspond à la ***prévention orientée***, destinée aux divers sous-groupes, en fonction de leurs risques spécifiques, qu'existent ou non des facteurs de risque.
Elle repose sur des mesures extérieures et sur l'apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques.
Elle fait souvent appel à des interventions relevant des acteurs du soin.

La prévention au bénéfice des patients ou de leur entourage

C'est la prévention ciblée.
Les actions prennent en compte la sécurité des patients, la qualité des soins, l'éducation thérapeutique, la réadaptation et la réinsertion par :
- le traitement rationnel des événements indésirables associés aux soins (événements indésirables graves et infections associées aux soins) mettant en jeu la sécurité des patients ou pouvant représenter une menace de santé publique (épidémies locorégionales) afin de mettre fin à la menace immédiate et d'anticiper leur reproduction (analyse des causes) ;
- l'adaptation et l'amélioration des pratiques professionnelles qui consistent à rechercher le mode d'intervention efficace le moins agressif possible, afin d'en limiter les conséquences négatives ;
- un renforcement de l'autonomie des patients atteints de maladies chroniques, notamment par l'éducation thérapeutique, afin de retarder la survenue de pathologies secondaires entraînant des limitations fonctionnelles et une dégradation de la qualité de vie ;
- une organisation du système de santé adaptée à l'approche de la personne âgée, contribuant à préserver les capacités d'autonomie des personnes vieillissantes et à prévenir les rechutes ;
- une préparation du retour au domicile, en organisant le parcours de soins pour une récupération adaptée de l'autonomie, prévenant ainsi des rechutes par défaut de consolidation de l'état de santé, notamment chez la personne âgée.
- en cas de dépendance permanente, une prise en charge adaptée pour l'accomplissement des gestes de la vie courante et le maintien d'une certaine qualité de vie (une dépendance non accompagnée ne peut pas contribuer à stabiliser un état de santé déficient.)

Le lien de cette partie du schéma avec les autres schémas sectoriels (SROMS et SROS) de même qu'avec le volet VAGUSAN du SRP est évident.

ANNEXE 3

Identification des territoires socialement vulnérables

Neuf indicateurs sociaux ont été retenus pour identifier des territoires[23] prioritaires au regard d'une pauvreté ou d'une vulnérabilité sociale particulièrement prégnante :

➔ Quatre indicateurs portant sur le niveau de ressources :
- % de Bénéficiaires de la CMUC (régime général) en 2010 (source SIRSé PACA)
- revenu fiscal médian (par Unité de consommation) en 2007 (source SIRSé PACA)
- rapport interdécile des revenus (D9/D1) en 2007(source SIRSé PACA)
- Nombre de personnes couvertes au 31/12/2007 par des allocations (CAF) à bas revenus pour 100 habitants de moins de 65 ans (Source DRASS, Corinthe (CAF) INSEE, Projection OMPHALE - Traitement DRASS 2007)

➔ Cinq indicateurs correspondant à des situations de vulnérabilité sociale particulière :
- proportion de familles monoparentale en 2007 (source SIRSé PACA)
- part des personnes sans diplôme en 2007 (source SIRSé PACA)
- part de la population de nationalité étrangère en 2007 (source SIRSé PACA)
- demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) cat 1 < 25 ANS au 31/12/2009 (source SIRSé PACA)
- DEFM cat 1 >50 ans au 31/12/2009 (source SIRSé PACA)

Un classement des territoires a été effectué pour chaque indicateur (du plus favorable au plus défavorable) et les rangs obtenus ont été additionnés, en pondérant de 50% la part de la population de nationalité étrangère dans la mesure où celles-ci, dans notre région, ne sont pas toutes nécessairement dans une situation de grande précarité.

Les dix territoires cumulant les plus mauvais classements sont :
Avignon, Carpentras, Marseille, Arles, Orange-Valréas, Cavaillon, Apt, Toulon-Hyères, Martigues et Nice (Cf. tableau pages 7 et 8).

Cette analyse peut être précisée à un niveau plus fin, celui des cantons regroupés[24], mais pour certaines de ces données seulement car toutes les données utilisées ci-dessus ne sont pas disponibles à cette échelle (manquent revenu fiscal médian, rapport interdécile des revenus, personnes couvertes par des allocations (CAF) à bas revenus et demandeurs d'emploi fin de mois).

Il a été retenu les taux de bénéficiaires de la CMUC et de personnes sans diplôme pour repérer les cantons les plus vulnérables[25] ; les 35 cantons regroupés les plus mal classés pour ces indicateurs se répartissent ainsi :
- Alpes de Haute-Provence : les Mées, Riez et Manosque,
- Hautes-Alpes : Rosans,
- Alpes-Maritimes : Nice, Tende et Breil sur Roya,
- Bouches-du-Rhône : Tarascon, Port-St Louis du Rhône, Marseille, Arles, Marignane, Martigues, Vitrolles, Salon de Provence, Saintes-Maries-de-la-Mer, Chateaurenard, Orgon, Istres, Aubagne,
- Var : Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer, Le Luc, Fréjus
- Vaucluse : Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault.

---

[23] NB : Les données disponibles au moment de la rédaction du schéma correspondant à l'ancien découpage en territoires de proximité. Ces données devront être actualisées dés que la mise à jour de SIRSé PACA intégrera le nouveau découpage territorial en EOP.

[24] Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'Insee considère la commune principale, entière, comme un pseudo-canton unique et distinct. Pour la ou les communes périphériques, le pseudo-canton considéré est alors identique au vrai canton amputé de la fraction de la commune principale que comprend le vrai canton. **Les pseudo-cantons regroupés** sont quant à eux le groupement de ces pseudo-cantons correspondant à une fraction cantonale avec le pseudo-canton formé par la ville voisine.

[25] afin de vérifier l'existence d'un lien entre ces deux variables, un coefficient de corrélation des rangs de Spearman a été calculé, il est hautement significatif. L'existence de cette corrélation n'implique pas de lien de causalité entre ces deux variables, mais une répartition territoriale qui n'est pas aléatoire.

Territoire de proximité	Part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC (rég. gén.) en 2010	rang	Personnes couvertes par des allocataires à bas revenus	rang	Revenu fiscal médian en 2007	rang	Rapport interdécile des revenus en 2007	rang	Total des rangs	Part de DEFM cat. A âgés de moins de 25 ans au 31/12/2009	rang	Part de DEFM cat. A âgés de 50 ans ou plus au 31/12/2009	rang	Part de familles monoparentales en 2007	rang	Part de la population de nationalité étrangère en 2007	rang avec pondération de 0,5	Part de personnes sans diplôme en 2007	rang	Total des rangs	Total général
Briançon	2,10	1	12,6	2	16522	14	4,12	1	18	17,23	6	15,28	5	21,76	8	3,51	2	14,52	3	24	42
Gap	4,63	6	13,3	6	16942	11	4,42	2	25	19,33	18	16,97	11	20,76	5	2,6	1	14,44	2	37	62
Aix	5,49	10	12,6	3	19696	1	5,48	12	26	18,08	12	15,56	6	22,61	13	3,89	4	16,04	4	39	65
Embrun	3,38	2	13,4	7	16116	17	4,47	3	29	17,24	7	18,25	19	22	9	2,85	1,5	14,3	1	37,5	66,5
Aubagne-La Ciotat	5,38	8	13,1	5	18892	3	4,89	5	21	18,91	15	15,03	3	23,34	14	2,37	0,5	18,35	14	46,5	67,5
Antibes	3,71	4	13,0	4	19667	2	5,81	16	26	15,6	3	17,87	14	24,38	19	9,53	12	16,73	6	54	80
Menton	4,20	5	12,4	1	18474	5	4,84	4	15	14,33	1	17,35	12	24,65	21	12,38	12,5	21,36	19	65,5	80,5
Salon	6,05	11	15,0	8	17662	7	5,02	9	35	19,6	22	16,58	8	20,56	4	4,35	6	20,49	16	56	91
Brignoles	6,84	15	15,5	12	16862	12	4,93	6	45	19,59	21	17,87	15	18,63	1	3,52	2,5	17,22	7	46,5	91,5
Cannes-Grasse	3,69	3	15,2	9	18765	4	5,88	18	34	15,87	5	18,44	20	24,52	20	8,28	11	17,41	8	64	98
Sisteron	5,45	9	15,3	10	15769	22	4,93	7	48	18,46	13	20,31	25	20,44	3	3,6	3	17,86	10	54	102
Fréjus-St Raphaël	4,77	7	15,3	11	18163	6	5,59	14	38	17,75	10	18,76	22	23,87	16	7,44	9	18,05	12	69	107
Manosque	6,63	12	18,4	22	16367	15	5,33	11	60	17,64	9	18,1	18	22,18	10	4,01	4,5	18,14	13	54,5	114,5
Digne	6,79	14	15,9	14	16258	16	5,16	10	54	17,95	11	18,76	23	24,13	18	4,05	5	16,27	5	62	116
Draguignan	7,73	20	17,6	17	16627	13	5,54	13	63	19,25	17	17,59	13	21,24	6	6,01	7	17,93	11	54	117
Nice	6,98	17	17,7	18	17644	8	6,87	23	66	15,84	4	16,73	10	26,84	22	9,08	11,5	18,79	15	62,5	128,5
Martigues	9,48	22	18,7	23	17150	10	5,01	8	63	20,57	24	15,14	4	23,72	15	4,16	5,5	20,54	17	65,5	128,5
Toulon-Hyères	10,24	23	17,7	19	17488	9	6,09	20	71	19,39	20	16,64	9	26,94	23	3,83	3,5	17,77	9	64,5	135,5

Apt	7,28	18	18,2	21	15980	18	5,76	15	72	17,4	8	18,81	24	22,29	11	7,39	8,5	20,99	18	69,5	141,5
Cavaillon	6,74	13	16,3	15	15942	19	6,03	19	66	19,34	19	17,98	17	23,98	17	6,06	7,5	23,15	20	80,5	146,5
Orange-Valréas	7,67	19	18,0	20	15315	25	5,86	17	81	21,16	25	16,4	7	19,95	2	7,6	9,5	25,02	23	66,5	147,5
Arles	8,3	21	17,3	16	15881	20	6,2	21	78	18,69	14	17,97	16	22,44	12	5,76	6,5	25,08	25	73,5	151,5
Marseille	17,64	25	28,4	25	15880	21	12,21	25	96	15,54	2	14,24	1	31,46	25	7,16	8	24,33	22	58	154
Carpentras	6,86	16	15,8	13	15331	24	6,45	22	75	20,5	23	18,5	21	21,68	7	7,65	10	23,38	21	82	157
Avignon	12,06	24	23,6	24	15618	23	6,99	24	95	19,09	16	14,76	2	27,05	24	7,82	10,5	25,05	24	76,5	171,5

(légende : cellules en rose : classement dans les cinq territoires les plus défavorables pour l'indicateur indiqué)

Identification des territoires présentant une forte mortalité prématurée

L'analyse de la mortalité prématurée a été effectuée par cantons regroupés et par territoires de proximité.

➔ Au niveau des territoires de proximité, il est possible de faire une analyse par genre.

Pour les hommes, pour la période 2000-2004, **le territoire de Marseille** est le seul de la région à présenter une **surmortalité prématurée significative** par rapport à la France (+ 4%).
Par ailleurs, les territoires de Briançon, Manosque, Digne, Toulon et Draguignan se situent au-dessus du taux observé en France métropolitaine (293,3 décès prématurés/100 000).
Les territoires de Gap, Menton, Nice, Antibes, Carpentras, Aix en Provence, Aubagne-La Ciotat et Martigues sont en sous-mortalité significative par rapport à la France.
Pour la même période, seul le **territoire de Draguignan** présente une **surmortalité évitable significative** pour les hommes par rapport à la France (+ 12%).
Les territoires de Martigues, Cavaillon, Embrun, Arles et Briançon présentent une proportion plus forte de décès prématurés chez les hommes (sex ratio allant de 2,31 à 2,50 vs sex ratio moyen de 2,11 pour PACA).

Pour les femmes, pour cette période, aucun territoire ne présente une surmortalité significative par rapport à la France. Les territoires de Draguignan, Digne, Salon de Provence, Brignoles, Cannes-Grasse, Manosque, Marseille, Toulon, Orange-Valréas et Nice se situent au-dessus du taux métropolitain (128,9 décès prématurés/100 000).
Les territoires d'Aix en Provence et Menton sont en sous-mortalité significative par rapport à la France.
Les territoires de Cannes-Grasse et Nice sont caractérisés par une proportion plus marquée de décès prématurés chez les femmes (sex-ratio d'environ 1,93), ce que l'on peut sans doute mettre en lien avec, notamment, une surmortalité féminine par cancer du poumon et du larynx dans ces territoires et plus largement dans l'Est de la région.

➔ L'analyse des indicateurs à l'échelle des cantons regroupés apporte un éclairage complémentaire précieux sans toutefois permettre une analyse à l'échelle des arrondissements de Marseille ou des quartiers des plus grandes villes de la région[26].

Compte tenu de cette restriction, à cette échelle, pour la mortalité prématurée (période 2001-2007 – source FNORS), ce sont les cantons ruraux en particulier alpins qui se distinguent majoritairement par des taux comparatifs de mortalité élevés (8 cantons dans les Alpes de haute Provence, 10 dans les Hautes-Alpes, 3 dans les Alpes-Maritimes, 5 dans le Var et 1 dans le Vaucluse figurent parmi les 35 cantons aux taux les plus élevés); mettant ainsi sans doute en évidence des inégalités territoriales de santé liés au moins en partie à un accès aux soins ou à la prévention plus malaisé. Mais certaines villes (Cannes, Port-Saint-Louis du Rhône, Le Luc, La Seyne-sur-Mer, Toulon, Tarascon et Sisteron) sont également mal classées pour cet indicateur.

[26] Cette restriction est évidemment très gênante car elle ne permet pas de dégager les spécificités de certains territoires infra-urbains.

Les 35 cantons ayant le plus fort taux de mortalité prématurée pour la période 2001-2007

Dépt.	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité prématurée - 2001-2007	rang	Taux comparatif de mortalité prématurée - 1991-1997	rang
06	Tende	506,95	1	381,8	3
04	Saint-André-les-Alpes	363,34	2	169,13	150
13	Saintes-Maries-de-la-Mer	350,5	3	380,89	4
05	Aiguilles	336,35	4	403,04	2
05	Aspres-sur-Buëch	331,68	5	241,46	84
13	Port-Saint-Louis-du-Rhône	326,03	6	291,93	17
05	Serres	311,32	7	208,62	140
05	La Grave	310,54	8	372,35	5
04	Entrevaux	298,67	9	234,99	94
05	Ribiers	284,02	10	223,46	117
84	Sault	281,98	11	269,91	40
83	Tavernes	272,58	12	203,74	144
04	Banon	270,42	13	237,67	89
06	Breil-sur-Roya	267,39	14	358,28	6
05	Barcillonnette	266,82	15	313,94	10
83	Collobrières	263,87	16	**257,5**	**55**
06	Cannes	260,54	17	327,88	8
04	Forcalquier	255,54	18	269,56	41
04	Les Mées	255,28	19	281,38	26
83	Le Luc	253,37	20	330,75	7
83	Salernes	252,37	21	287,44	19
05	Veynes	250,19	22	284,46	23
05	Savines-le-Lac	246,46	23	167,38	151
83	La Seyne-sur-Mer	246,07	24	275,26	32
83	Le Muy	245,72	25	231,74	100
04	Valensole	244,87	26	241,67	83
04	Riez	244,55	27	209,41	137
83	Toulon	244,28	28	301,51	13
06	Saint-Sauveur-sur-Tinée	243,47	29	194,73	146
05	Laragne-Montéglin	242,61	30	321,46	9
13	Tarascon	240,06	31	273,35	33
04	Barcelonnette	238,14	32	235,27	93
05	Rosans	237,06	33	146,13	156
83	Barjols	236,19	34	234,32	95
04	Sisteron	236,11	35	275,52	31

Source SIRSé PACA

Une comparaison a été effectuée avec la période précédente (1991-1997) et, on le voit sur le tableau ci-dessus, les évolutions entre les deux périodes peuvent être très importantes pour certains cantons, mais ces évolutions correspondent parfois à de très faibles effectifs de décès supplémentaires.

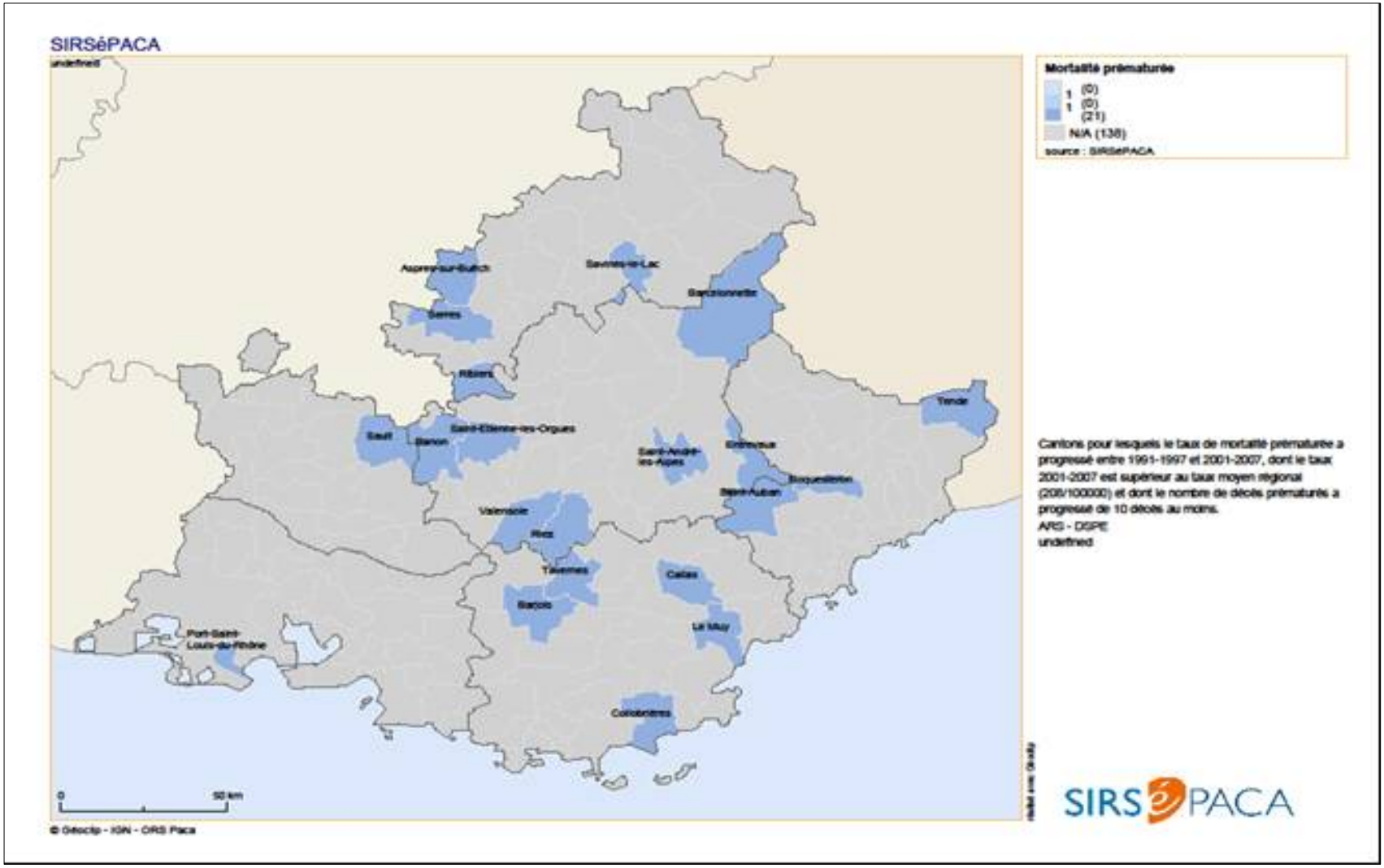
Nous avons donc complété cette analyse par deux approches complémentaires :

- D'abord en établissant une liste des cantons dans lesquels la mortalité prématurée avait progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, dont le taux 2001-2007 est supérieur au taux moyen régional (208/100000) et dont le nombre de décès prématurés a progressé de 10 décès au moins.

Dépt	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité prématurée - 2001-2007	Taux comparatif de mortalité prématurée - 1991-1997	Décès prématurés - 2001-2007	Décès prématurés - 1991-1997	progression nombre de décès prématurés
06	Tende	506,95	381,8	85	60	25
04	Saint-André-les-Alpes	363,34	169,13	38	16	22
05	Aspres-sur-Buëch	331,68	241,46	39	24	15
13	Port-Saint-Louis-du-Rhône	326,03	291,93	162	141	21
05	Serres	311,32	208,62	44	28	16
04	Entrevaux	298,67	234,99	25	15	10
05	Ribiers	284,02	223,46	30	18	12
84	Sault	281,98	269,91	46	35	11
83	Tavernes	272,58	203,74	76	49	27
04	Banon	270,42	237,67	47	35	12
83	Collobrières	263,87	**257,5**	235	209	26
05	Savines-le-Lac	246,46	167,38	25	15	10
83	Le Muy	245,72	231,74	401	340	61
04	Valensole	244,87	241,67	84	65	19
04	Riez	244,55	209,41	76	53	23
04	Barcelonnette	238,14	235,27	96	81	15
83	Barjols	236,19	234,32	150	106	44
83	Callas	231,81	212,28	109	76	33
06	Roquesteron	226,89	220,49	51	41	10
04	Saint-Etienne-les-Orgues	221,43	203,83	38	28	10
06	Saint-Auban	220,52	200,71	39	28	11

Source SIRSé PACA

Il s'agit de territoires majoritairement très ruraux et/ou situés en zone de montagne.
Dans ces cantons, le taux comparatif de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007 (208/100 000) avec un effectif de décès prématurés en progression de 10 décès au moins.
Cette localisation met en évidence des inégalités territoriales de santé liée qui pourrait être liées en partie à un accès aux soins ou à la prévention plus malaisé (cf. tableau en p. 13 et 14 du schéma). Par ailleurs, on notera que quatre des ces cantons (Tende, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Sault et Riez) faisaient partie des cantons à forte vulnérabilité sociale mentionnés supra.



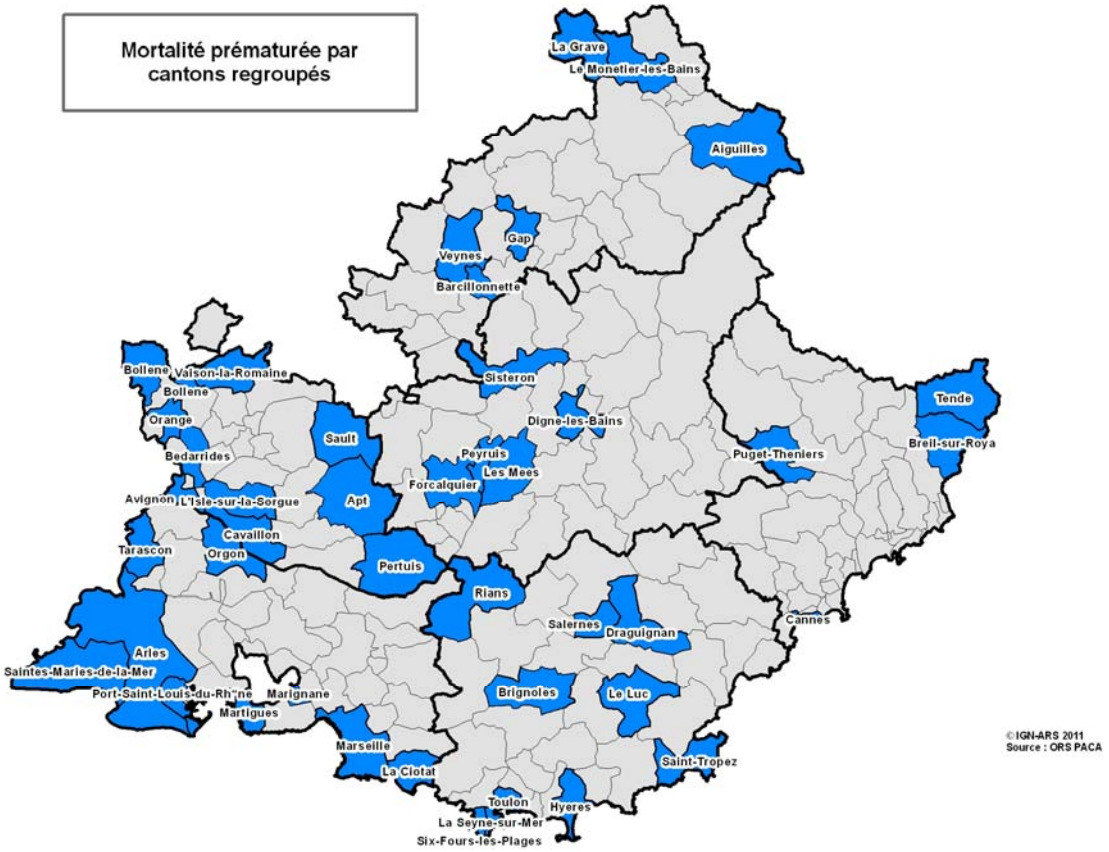
Carte : 21 cantons regroupés pour lesquels le taux de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, dont le taux 2001-2007 est supérieur au taux moyen régional (208/100000) et dont le nombre de décès prématurés a progressé de 10 décès au moins

- ensuite, en ciblant l'analyse sur les cantons regroupés qui présentent des taux comparatifs de mortalité supérieurs à la moyenne régionale pour 2001-2007, et dont le classement a peu varié entre ces deux périodes, on obtient des résultats un peu différents, avec la présence de nombreux territoires déjà repérés comme cumulant des indicateurs sociaux défavorables.

Dépt	canton regroupé	taux comparatif de mortalité prématurée 2001-2007	rang	taux comparatif de mortalité prématurée 1991-1997	rang
06	***Tende***	***506,95***	1	381,8	3
13	Saintes-Maries-de-la-Mer	350,5	3	380,89	4
05	Aiguilles	336,35	4	403,04	2
13	***Port-Saint-Louis-du-Rhône***	***326,03***	6	291,93	17
05	La Grave	310,54	8	372,35	5
84	***Sault***	***281,98***	11	269,91	40
06	Breil-sur-Roya	267,39	14	358,28	6
05	Barcillonnette	266,82	15	313,94	10
06	Cannes	260,54	17	327,88	8
04	Forcalquier	255,54	18	269,56	41
04	Les Mées	255,28	19	281,38	26
83	Le Luc	253,37	20	330,75	7
83	Salernes	252,37	21	287,44	19
05	Veynes	250,19	22	284,46	23
83	La Seyne-sur-Mer	246,07	24	275,26	32
83	Toulon	244,28	28	301,51	13
13	Tarascon	240,06	31	273,35	33
04	Sisteron	236,11	35	275,52	31
84	Vaison-la-Romaine	231,23	37	262,26	47
83	Saint-Tropez	229,93	38	270,21	39
13	Marignane	228,9	39	247,79	70
13	La Ciotat	228,57	40	269,1	42
13	Marseille	226,82	42	282,62	25
04	Digne-les-Bains	226,66	43	255,06	57
05	Le Monêtier-les-Bains	226,52	44	272,28	35
84	Avignon	225,71	46	265,66	43
83	Rians	223,13	48	261,36	48
84	Orange	219,04	55	247,2	71
84	L'Isle-sur-la-Sorgue	215,95	58	245,08	76
13	Orgon	215,47	59	248,59	65
84	Cavaillon	214,92	61	250,24	64
83	Brignoles	214,9	62	258,75	51
83	Draguignan	213,44	63	220,24	126
84	Pertuis	213,37	64	223,43	118
84	Bédarrides	213,35	65	244,22	80
83	Hyères	212,67	66	248,04	68
06	Puget-Théniers	212,02	68	258,73	52
83	Six-Fours-les-Plages	211,34	69	223,86	114
04	Peyruis	210,71	70	233,09	97
13	Martigues	210,23	71	248,13	67
84	Bollène	209,64	72	246,67	72
84	Apt	209,59	73	254,62	59
13	Arles	209,54	74	231,99	99
05	Gap	208,63	76	242,32	82
13	Aubagne	208,01	77	248,5	66

Cantons dont le classement a progressé ou n'a pas régressé au-delà de moins 20 places et dont le taux 2001-2007 est supérieur à la moyenne régionale (208/100 000) – les cantons apparaissant en gras italique sont ceux dans lesquels le taux de mortalité prématurée a progressé entre les deux périodes.

En examinant les cantons dont le classement avait peu varié entre les deux périodes d'analyse, et dont le taux comparatif de mortalité prématurée est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007, on retrouve de nombreux cantons en forte vulnérabilité sociale (surlignés en jaune dans le tableau).



Carte : cantons regroupés dont le taux de mortalité prématurée 2001-2007 est supérieur à la moyenne régionale (208/100000) et dont le classement a progressé ou n'a pas régressé au-delà de moins 20 places

Il apparaît ainsi que plusieurs types de cantons regroupés peuvent être considérés comme plus particulièrement prioritaires :

Dépit	**Cantons regroupés urbains ou ruraux présentant une vulnérabilité sociale et une mortalité prématurée > à la moyenne régionale et en accroissement entre 91/97 et 2001/2007**	**Cantons regroupés urbains ou ruraux présentant une vulnérabilité sociale et une mortalité prématurée 2001/2007 > à la moyenne régionale**	**Cantons regroupés ruraux présentant une mortalité prématurée > à la moyenne régionale et en accroissement entre 91/97 et 2001/2007**
04	Riez	Les Mées	Entrevaux, Saint-André les Alpes, Banon, Barcelonnette, Valensole, Saint-Etienne les Orgues
05			Aspres sur Buëch Ribiers, Serres Savines-le-Lac,
06	Tende	Breil sur Roya,	Requesteron, Saint-Auban
13	Port-Saint-Louis du Rhône	Marseille, Martigues, Orgon, Aubagne, Arles, Marignane, Tarascon, Saintes-Maries de la Mer	
83		Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer, Le Luc,	Barjols, Collobrières, Le Muy, Tavernes, Callas
84	Sault	Avignon, Bédarrides, Bollène, Cavaillon, Apt, Orange	

Il faut souligner à nouveau que les spécificités des quartiers des grandes villes de la région (ex. Nice), beaucoup plus hétérogènes que des cantons ruraux, ne peuvent être prises en compte ici.

S'agissant de ces derniers, et en particulier pour ceux qui présentent une mortalité prématurée importante et en accroissement (colonne de gauche du tableau ci-dessus), il faut sans doute rester attentif au fait que ces évolutions peuvent correspondre à des effectifs de décès modestes. Un certain nombre de ces cantons ruraux, comme l'indique le tableau ci-après présentent une mortalité élevée par accidents de la circulation dont l'impact sur les effectifs de décès prématurés peut être élevé à l'échelle de la population de ces territoires.

Une récurrence préoccupante pour certains territoires : Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

Nous avons tenté de préciser l'analyse pour l'ensemble des territoires listés supra.
Les trois principales causes de mortalité prématurée sont les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires.

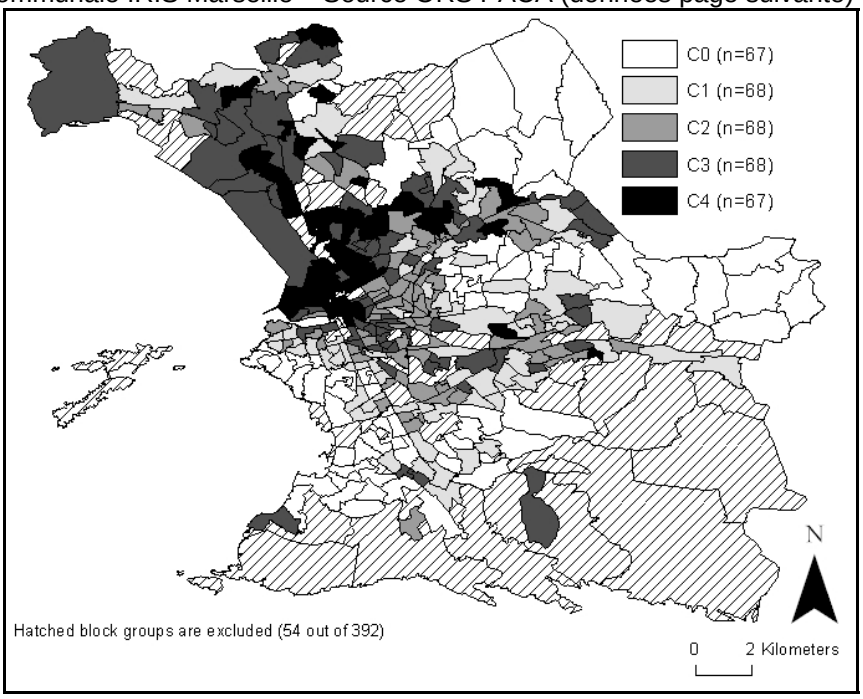
Certains de ces territoires présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%) pour certaines de ces causes de décès (incluant ici les décès au-delà de 65 ans) ou certains de leurs déterminants majeurs, l'alcool ou le tabac (cancer du poumon) (cf. ensemble des données détaillées en p. 18 et 19 avec la liste des cantons regroupés en surmortalité significative pour ces différentes causes).

2001-2007 en surmortalité significative	Ensemble des cancers	Cancer du poumon	Accidents de la circulation	Maladies de l'appareil circulatoire	Ensemble des pathologies liées à l'alcool Mortalité
04				Les Mées	
05					Laragne-Montéglin
06	**Tende**	Nice		**Tende**	**Tende**
13	**Port-Saint-Louis du Rhône**, Saintes-Maries de la Mer	**Port-Saint-Louis du Rhône**, Marseille, Salon de Provence, Chateaurenard	**Port-Saint-Louis du Rhône,** Tarascon, Orgon, Chateaurenard, Arles, Salon de Provence, Istres	**Port-Saint-Louis du Rhône,** Marignane, Vitrolles, Aubagne	**Port-Saint-Louis-du-Rhône**
83	Le Luc**, La Seyne sur Mer**	Toulon**, La Seyne sur Mer,** Le Muy	Le Luc, Barjols, Le Muy,	**La Seyne sur Mer,**	
84			Apt, Cavaillon, Bédarrides	Sault	

Limites de cette analyse :

L'identification des territoires de proximité les plus vulnérables à partir des neuf indicateurs retenus aurait du se faire sur la base d'une analyse factorielle pour tenir compte de ce que les neuf indicateurs initiaux utilisés sont très corrélés entre eux : il aurait fallu calculer un indicateur agrégé global et deux sous indicateurs l'un reflétant la précarité de revenu, l'autre la précarité liée au manque de soutien social (indications données par l'ORS PACA).
Une analyse préliminaire a été effectuée sur la base du découpage territorial envisagé alors en Espaces Opérationnels de Proximité pour ne pas imposer une charge de travail excessive aux personnes à même de traiter ces données. Le découpage territorial définitif n'ayant été stabilisé qu'après un délai important, les résultats proposés reposent donc sur les résultats de cette analyse à partir d'une addition des rangs de classement, méthode « empirique, mais aux résultats cohérents » selon les collègues du département observations et études de l'ARS.
Les indicateurs retenus en ont été choisis en fonction de leur disponibilité sur SIRSé PACA et pour partie en référence à différentes publications27.
La part des personnes de nationalité étrangère a été pondérée dans la mesure où dans notre région, les personnes concernées ne sont pas toutes en situation précaire (cf. territoires d'Antibes ou de Cannes en particulier).
L'identification des cantons regroupés les plus vulnérables ne repose que sur deux indicateurs, ce qui en limite évidemment la portée. Le taux de bénéficiaires de la CMUC ne concerne que les assurés du régime général, ce qui pénalise les territoires ruraux. Un indicateur de revenu aurait été plus pertinent mais sur SIRSé PACA, seul le revenu moyen de référence est disponible ce qui n'est pas paru pertinent, dans la mesure où une moyenne identique peut masquer des écarts très importants et très variables. Les cantons sont de dimensions très dissemblables ; si les cantons ruraux sont relativement homogènes, il n'en va pas de même des grandes villes pour lesquelles une analyse à l'échelle infra-communale (au niveau des IRIS) est nécessaire (voir ci-dessous à titre d'illustration le travail concernant la ville de Marseille fait par l'ORS PACA).
Il sera donc indispensable de compléter cette analyse, en particulier au moyen de données environnementales portant en particulier sur la qualité de l'air et sur le logement indigne28.

Echelle infra-communale IRIS Marseille – Source ORS PACA (données page suivante)



[27] Voir par exemple : *L'indice de santé sociale d'Ile de France 2010* élaboré par l'IAU d'Ile de France et la MIPES/Conseil Régional d'Ile de France p. 9 et 10 ou l'article de Sabrina Havard et al. *A small-area index of socio-economic déprivation to capture health inequalities in France* in Social Science & Medicine 67 (2008) 2007-2016.
[28] Ces données sont en attente.

Source ORS PACA

Score de précarité et moyennes des 17 variables selon le niveau de précarité (n=338)

Variables	Niveau de précarité				
	C_0[a]	**C_1**	**C_2**	**C_3**	**C_4**
Taux d'ouvriers (%)	9,2	14,1	17,6	22,9	32,4
Taux de personnes avec des emplois précaires (%)	8,0	10,0	11,8	13,5	14,7
Taux de personnes avec des emplois stables (%)	68,8	68,5	65,2	59,1	46,1
Taux de chômage (%)	8,8	12,6	15,9	21,4	35,1
Taux de chômage de longue durée (%)	1,9	2,7	3,2	4,0	6,1
Revenu médian par unité de consommation (Euros/ans)	23628,0	19209,2	15959,8	13084,2	7062,2
Taux de personnes de 15 ans ou plus avec au moins un Bac+2 (%)	12,7	17,8	21,5	30,5	46,6
Taux de personnes de 15 ans ou plus avec le baccalauréat (%)	18,1	17,0	16,1	13,6	11,1
Taux de personnes de 15 ans ou plus sans diplômes (%)	22,4	14,9	13,3	10,2	5,2
Taux de résidences principales type maison (%)	40,9	22,8	12,7	14,7	3,1
Taux de résidences principales type appartement (%)	58,4	76,4	86,5	83,8	94,3
Taux de ménages sans voiture (%)	13,9	22,4	31,0	36,4	51,2
Taux de ménages avec au moins deux voitures (%)	35,9	24,7	16,7	14,0	8,0
Taux de locataires (%)	25,3	39,8	51,4	62,8	82,2
Taux d'HLM (%)	2,4	11,0	12,3	23,9	44,2
Taux de familles monoparentales (%)	13,3	17,9	22,0	25,5	31,8
Taux d'étrangers (%)	1,9	2,9	4,9	8,2	18,8
Score de précarité moyen	**-4,0**	**-1,9**	**-0,4**	**1,3**	**5,0**

[b]C_0 est la catégorie la moins précaire, C_4 est la plus précaire

NB: Variance expliquée sur l'axe 1, 57%

Source ORS PACA

code	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité par cancers - 2001-2007	Significativité de l'ICM (base 100 : France) par cancers - 2001-2007
1330	Saintes-Maries-de-la-Mer	413,76	2
0631	Tende	357,32	2
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	353,11	2
8323	Salernes	306,00	2
8317	Le Luc	280,89	2
8398	La Seyne-sur-Mer	267,13	2

2 : Surmortalité significative (au seuil de 5 %)
Source SIRSé PACA

code	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité par consommation excessive d'alcool- 2001-2007	ICM (base 100 : France) par consommation excessive d'alcool - 2001-2007	Significativité de l'ICM (base 100 : France) par consommation excessive d'alcool - 2001-2007
0631	Tende	82,09	225,49	2
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	63,14	184,52	2
0512	Laragne-Montéglin	53,24	151,26	2

2 : Surmortalité significative (au seuil de 5 %)
Source SIRSé PACA

code	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité par maladie. de l'appareil circulatoire 2001-2007	ICM (base 100 : France) par mal. de l'appareil circulatoire - 2001-2007	Significativité de l'ICM (base 100 : France) par mal. de l'appareil circulatoire - 2001-2007
0631	Tende	397,57	136,51	2
0623	Saint-Martin-Vésubie	385,59	151,87	2
0629	Villars-sur-Var	340,32	134,59	2
0514	Orcières	338,19	136,49	2
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	327,04	118,98	2
8420	Sault	324,37	129,44	2
0607	Contes	317,03	120,05	2
8319	Rians	310,21	121,67	2
8414	Malaucène	308,5	118,81	2
8323	Salernes	304,67	118,12	2
0612	Levens	303,93	120,61	2
1336	Marignane	299,98	117,3	2
1353	Vitrolles	295,29	113,96	2
0414	Les Mées	293,8	114,83	2
1309	Eyguières	292,18	111,88	2
1394	Aubagne	290,84	112,87	2

1352	Les Pennes-Mirabeau	289,74	109,17	2
8398	La Seyne-sur-Mer	286,9	111,27	2
1331	Saint-Rémy-de-Provence	284,71	110,92	2
1310	Gardanne	282,7	108,72	2
1329	Roquevaire	281,21	108,43	2
1335	Allauch	280,76	109	2

2 : Surmortalité significative (au seuil de 5 %)
Source SIRSé PACA

code	Canton regroupé	Taux comparatif de mortalité par cancer du poumon - 2001-2007	CM (base 100 : France) par cancer du poumon - 2001-2007	Significativité de l'ICM (base 100 : France) par cancer du poumon - 2001-2007
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	75,59	168,25	2
8310	Cuers	62,79	139,26	2
1331	Saint-Rémy-de-Provence	58,41	132,09	2
8398	La Seyne-sur-Mer	57,04	128,63	2
8340	Six-Fours-les-Plages	54,97	122,74	2
1332	Salon-de-Provence	54,79	124,54	2
1307	Châteaurenard	54,48	121,64	2
8337	Le Muy	53,85	122,09	2
8311	Draguignan	53,38	120,89	2
0698	Cannes	52,04	115,46	2
8318	Ollioules	51	117,54	2
1399	Marseille	50,42	113,28	2
8399	Toulon	49,21	109,41	2
0699	Nice	47,23	107,29	2

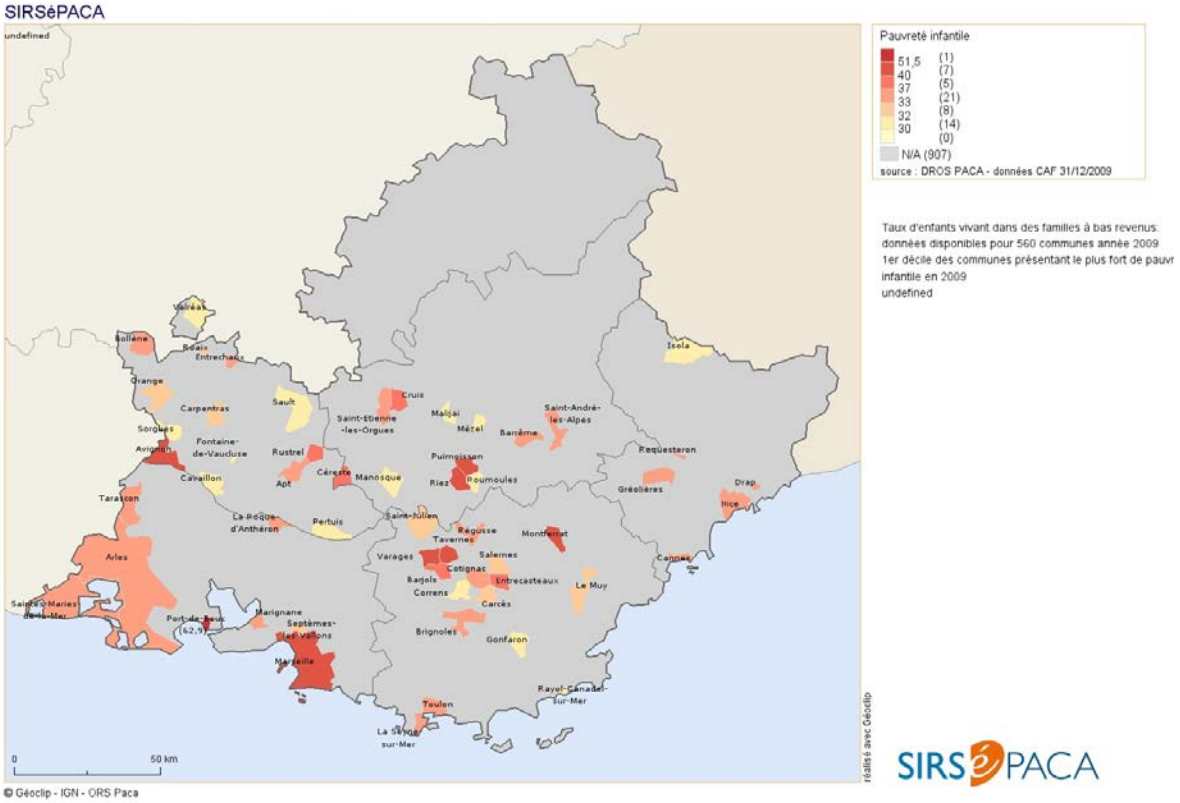
2 : Surmortalité significative (au seuil de 5 %)
Source SIRSé PACA

Annexe 4
Premier décile des communes présentant les plus forts taux de pauvreté infantile – 2009
Source DROS PACA – données CAF

Commune	Taux de pauvreté infantile (%)	Rattachement au canton regroupé de
Port-de-Bouc	62,9	Martigues
Puimoisson	49,4	Riez
Riez	46,0	Riez
Avignon	44,9	Avignon
Tavernes	44,6	Tavernes
Marseille	43,8	Marseille
Varages	41,5	Barjols
Montferrat	40,8	Callas
Cruis	38,6	Saint-Etienne-les-Orgues
Rustrel	37,8	Apt
Céreste	37,8	Reillanne
Entrecasteaux	37,7	Cotignac
Barjols	37,3	Barjols
La Seyne-sur-Mer	36,8	La Seyne-sur-Mer
Cotignac	36,3	Cotignac
Arles	35,8	Arles
Roquesteron	35,5	Roquesteron
Saint-Étienne-les-Orgues	35,1	Saint-Etienne-les-Orgues
Régusse	35,1	Tavernes
Saint-André-les-Alpes	35,0	Saint-André-les-Alpes
Toulon	34,5	Toulon
Bollène	34,4	Bollène
Gréolières	34,2	Coursegoules
Marignane	34,2	Marignane
Entrechaux	34,1	Malaucène
La Roque-d'Anthéron	33,7	Lambesc
Drap	33,7	Contes
Barrême	33,5	Barrême
Cannes	33,5	Cannes
Saintes-Maries-de-la-Mer	33,5	Saintes-Maries-de-la-Mer
Tarascon	33,4	Tarascon
Brignoles	33,2	Brignoles
Apt	33,2	Apt
Nice	33,1	Nice
Septèmes-les-Vallons	33,0	Les Pennes-Mirabeau
Roaix	32,9	Vaison-la-Romaine
Orange	32,8	Orange
Carpentras	32,6	Carpentras
Carcès	32,5	Cotignac
Salernes	32,4	Salernes
Saint-Julien	32,2	Rians
Le Muy	32,2	Le Muy
Mézel	32,0	Mézel
Fontaine-de-Vaucluse	32,0	L'Isle-sur-la-Sorgue
Malijai	31,8	Les Mées

Isola	31,6	Saint-Etienne-de-Tinée
Roumoules	31,5	Riez
Gonfaron	31,4	Besse-sur-Issole
Correns	31,3	Cotignac
Valréas	31,0	Valréas
Pertuis	31,0	Pertuis
Sorgues	31,0	Bédarrides
Manosque	30,9	Manosque
Rayol-Canadel-sur-Mer	30,7	Saint-Tropez
Cavaillon	30,3	Cavaillon
Sault	30,3	Sault

Le taux de pauvreté infantile (en %) ou taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans (à charge au sens de la législation familiale) connus des CAF, vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population.

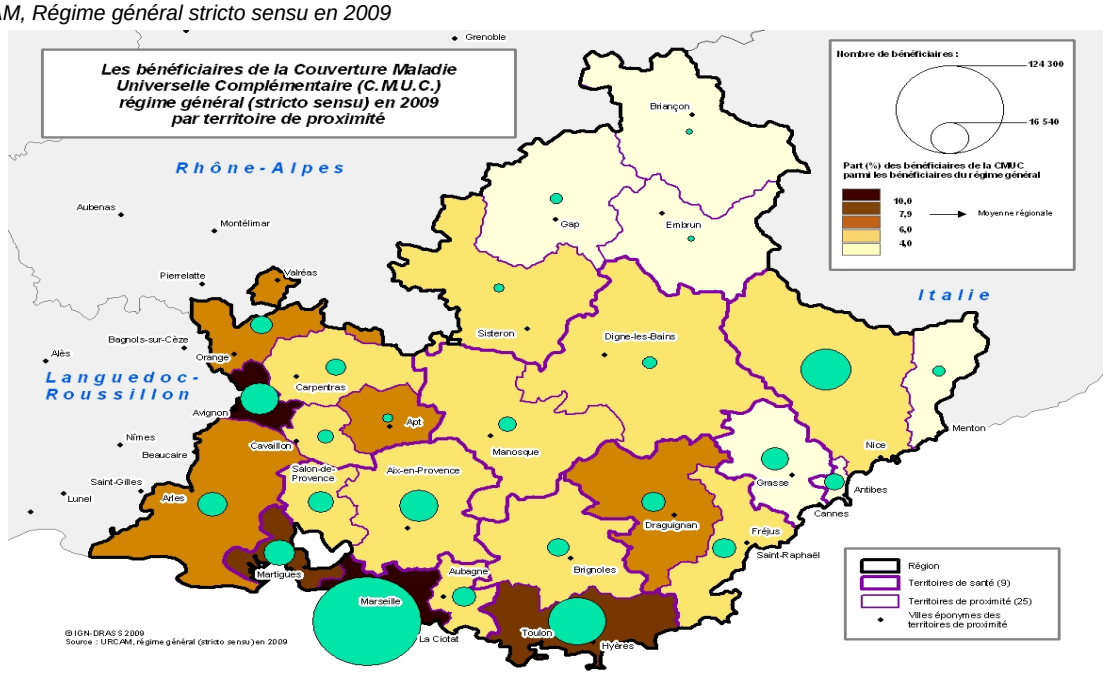


Source DROS PACA – données CAF 2009

Annexe 5
Données et carte : Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire au 1er janvier 2009 (Régime général stricto sensu)

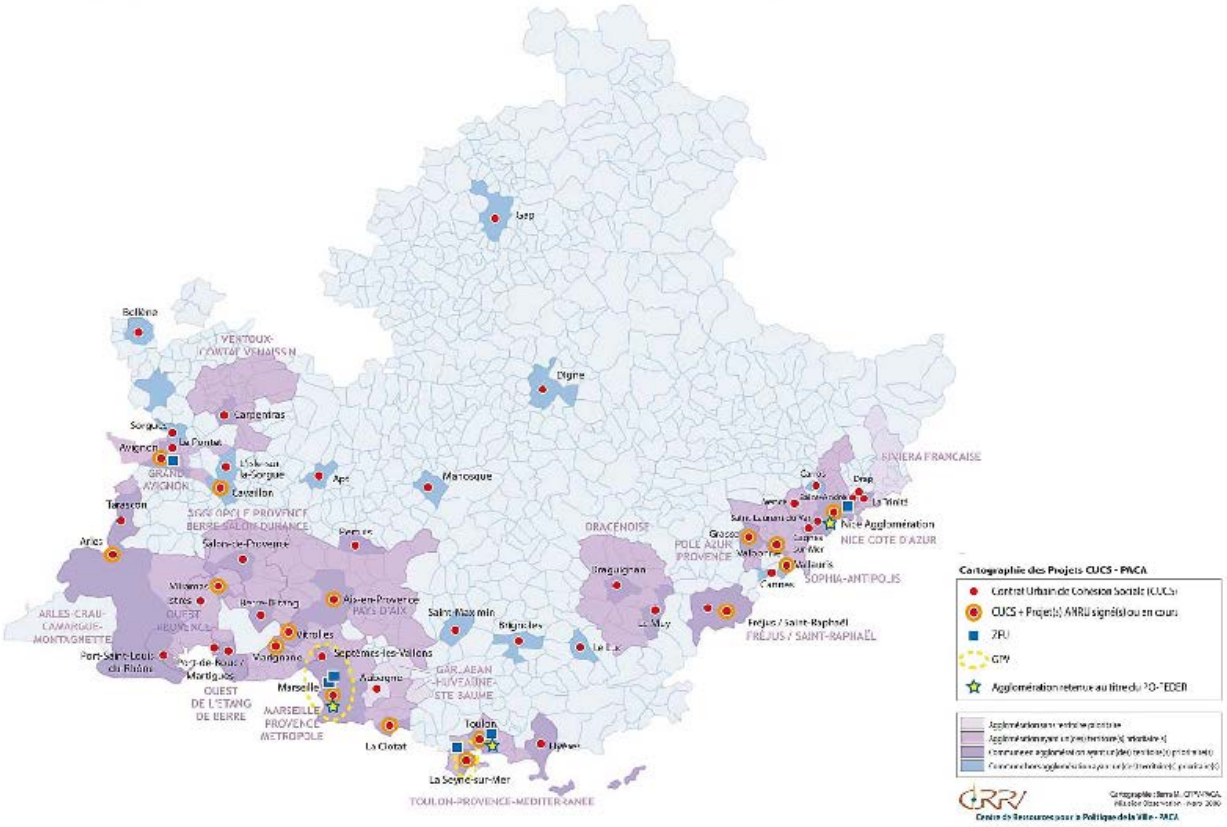
Territoires de proximité	Nombre de bénéficiaires Assurance maladie	CMUC en 2009	
		Nombre d'assurés	Part des assurés
Marseille	807 557	124 303	15,4
Avignon	153 039	16 417	10,7
Toulon-Hyères	399 440	34 285	8,6
Martigues	129 767	10 443	8,1
PACA	**3 867 422**	**305 631**	**7,9**
Arles	121 321	9 309	7,7
Orange-Valréas	77 949	5 304	6,8
Draguignan	88 678	5 821	6,6
Apt	18 824	1 137	6,0
Carpentras	65 329	3 916	6,0
Digne-les-Bains	34 247	1 983	5,8
Brignoles	86 543	5 008	5,8
Nice	482 861	27 241	5,6
Cavaillon	54 049	2 985	5,5
Salon-de-Provence	133 697	7 195	5,4
Manosque	65 817	3 479	5,3
Aix-en-Provence	317 407	16 546	5,2
Aubagne-La Ciotat	138 343	6 400	4,6
Sisteron	26 615	1 226	4,6
Fréjus-St Raphaël	148 123	6 074	4,1
Gap	49 952	1 916	3,8
Menton	49 918	1 690	3,4
Antibes	129 055	4 353	3,4
Cannes-Grasse	249 829	7 685	3,1
Embrun	13 567	409	3,0
Briançon	25 495	506	2,0

URCAM, Régime général stricto sensu en 2009



Annexe 6

Cartographie des sites de la Politique de la Ville en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur



Annexe 7
Affections de longue durée par cantons regroupés
Pour les hommes

code	Canton regroupé	Taux standardisé des hommes assurés du régime général ayant une ALD en 2010	Indice comparatif de morbidité - ALD (base 100 : PACA) chez les hommes (régime général) en 2010	Significativité de l'indice comparatif de morbidité - ALD (base 100 : PACA) chez les hommes (régime général) en 2010
0516	Ribiers	23,81	133,66	2
0631	Tende	23,10	127,07	2
0503	Aspres-sur-Buëch	22,72	124,16	2
8342	Garde	21,61	121,84	2
0512	Laragne-Montéglin	21,28	119,58	2
0518	Saint-Bonnet-en-Champsaur	21,08	118,99	2
0430	Volonne	20,86	116,08	2
0419	Peyruis	20,42	113,67	2
8305	Brignoles	20,40	114,27	2
8406	Bollène	20,18	112,90	2
8398	La Seyne-sur-Mer	20,16	113,04	2
8302	Barjols	19,89	110,49	2
8422	Valréas	19,78	111,11	2
8310	Cuers	19,65	111,57	2
8497	Avignon	19,64	111,66	2
0414	Les Mées	19,62	110,15	2
1353	Vitrolles	19,62	108,51	2
0599	Gap	19,34	108,62	2
1399	Marseille	19,28	107,98	2
8405	Bédarrides	19,27	106,93	2
8399	Toulon	19,19	108,43	2
1352	Les Pennes-Mirabeau	19,17	106,92	2
8317	Le Luc	19,08	106,90	2
8499	Orange	18,99	105,54	2
1308	La Ciotat	18,98	106,27	2
1394	Aubagne	18,90	105,19	2
1336	Marignane	18,81	104,42	2
0497	Digne-les-Bains	18,78	105,94	2
8413	L'Isle-sur-la-Sorgue	18,75	104,00	2
1396	Martigues	18,46	103,23	2

Source SIRSé PACA

Affections de longue durée par cantons regroupés
Pour les femmes

code	Canton regroupé	Taux standardisé des femmes assurées du régime général ayant une ALD en 2010	Indice comparatif de morbidité - ALD (base 100 : PACA) chez les femmes (rég. gén.) en 2010	Significativité de l'indice comparatif de morbidité - ALD (base 100 : PACA) chez les femmes (rég. gén.) en 2010
0517	Rosans	20,14	128,31	2
0512	Laragne-Montéglin	20,1	127,62	2
0520	Saint-Firmin	19,92	128,04	2
0618	Puget-Théniers	19,03	121,61	2
0409	Entrevaux	18,94	123,69	2
0430	Volonne	18,28	116,60	2
0518	Saint-Bonnet-en-Champsaur	18,16	117,28	2
1399	Marseille	17,98	115,85	2
8342	Garde	17,4	109,97	2
1336	Marignane	17,36	112,27	2
1335	Allauch	17,18	111,58	2
8406	Bollène	17,15	110,87	2
8405	Bédarrides	17,05	110,11	2
1394	Aubagne	17,03	110,64	2
1328	Port-Saint-Louis-du-Rhône	17,01	110,68	2
1353	Vitrolles	17,01	109,83	2
8319	Rians	16,94	109,23	2
0599	Gap	16,9	108,50	2
8497	Avignon	16,83	108,67	2
1352	Les Pennes-Mirabeau	16,82	109,86	2
8398	La Seyne-sur-Mer	16,8	107,57	2
0414	Les Mées	16,77	108,29	2
8399	Toulon	16,73	106,17	2
8305	Brignoles	16,71	108,16	2
1395	Istres	16,54	106,53	2
1310	Gardanne	16,52	105,98	2
1396	Martigues	16,37	106,34	2
1308	La Ciotat	16,33	106,62	2
1306	Berre l'Etang	16,27	104,99	2
8499	Orange	16,06	104,06	2

Source SIRSé PACA

Annexe 8

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).

Etat du parc de logements et de l'accessibilité aux logements :
D'après l'enquête de l'INSEE29, 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 de Province 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.

Lutte contre l'habitat indigne :
La lutte contre l'habitat indigne, c'est-à-dire contre les logements insalubres, 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", autrement dit de lutte contre les exclusions, au sommet européen de Nice en décembre 2000.

[29] Le logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Insee - Décembre 2008

Annexe 9

Définitions des dispositifs de prévention

Domaine « INEGALITES DE SANTE »

Dispositifs pour les jeunes

Point accueil écoute jeunes PAEJ
Les Points Accueil Ecoute Jeunes ont été créés par la circulaire DGAS/DGS n° 2002/145 du 12 Mars 2002. Ils constituent des formes d'intervention légères qui peuvent jouer utilement un rôle de proximité défini autour d'une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations de risque, et de leur entourage adulte

Espace santé jeunes ESJ
Lieux de proximité, anonyme et gratuit, les Espaces Santé Jeunes sont ouverts aux adolescents et jeunes adultes (11-25 ans). Leur mission principale est avant tout une mission de prévention de la santé globale au sens de l'OMS. Ce sont des lieux d'Accueil, d'Ecoute, de Prévention et d'Orientation. Ils s'efforcent de favoriser l'éducation à la santé par des actions collectives et individuelles, le bien être des adolescents et jeunes adultes, et la prévention des troubles psychiques.

Dispositifs pour les populations précaires

Permanence d'accès aux soins PASS
Article L6112-6 Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 4 JORF 11 août 2004.
Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article L. 1411-11, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé. Elles 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 reconnaissance de leurs droits. 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.
Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Premier accueil médicalisé PAM
Pour les personnes en grande difficulté sociale, et dont les droits médicaux (couverture médicale universelle) ne sont pas encore ouverts, le premier accueil médicalisé assure une écoute, donne les soins médicaux répondant à l'état de la personne et oriente vers les services chargés de l'accès aux droits et vers les établissements de santé.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité
Les EMPP sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion souffrant de troubles psychiques. Les EMPP constituent un dispositif complémentaire intersectoriel situé à l'interface du dispositif de soins psychiatrique et du dispositif social afin de mieux appréhender les besoins des personnes non pris en charge afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics. En 2008, on comptait en France 92 EMPP.
Textes de référence
Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005.
Circulaire no DHOS/02/DGAS/3SD/DGS/MC4CNSA/2009/97 du 8 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en Œuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

Centres examens de santé CES
Les centres d'examens de santé (CES) sont agréés ou gérés par les caisses primaires d'assurance maladie, pour les assurés ou leurs ayant droits du régime général de l'assurance maladie, de la MSA, et certains régimes spéciaux. Ils proposent un bilan de santé gratuit tous les 5 ans.

Sont prioritairement concernés, du fait de leur situation sociale :

- ✓ les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et la CMU,
- ✓ les jeunes de 16/25 ans en stage de formation,
- ✓ les chômeurs,
- ✓ les personnes âgées de 60 à 75 ans,
- ✓ les personnes aujourd'hui inactives et qui ont été exposées à l'amiante ou à la poussière de bois pendant dans leur vie professionnelle,
- ✓ les invalides, handicapés et bénéficiaires d'une rente d'accident du travail...
- ✓ pour les jeunes de 16-25 ans, la consultation est annuelle

Dispositifs pour les détenus

L'unité de consultations et de soins ambulatoires
L'UCSA est une unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire. Elle assure les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité de soins à la sortie de détention. Le médecin de l'UCSA coordonne, au sein de l'établissement pénitentiaire, les actions de prévention et d 'éducation pour la santé.

Dispositifs "politiques locales"

Villes actives PNNS (programme national nutrition santé)
Les municipalités, par leurs compétences, leurs liens avec les populations et de nombreux professionnels intervenant dans les domaines : social, sanitaire, jeunesse, sports, éducation, économique, sont des acteurs importants pour la mise en œuvre d'interventions de proximité, en adéquation avec les orientations du PNNS.

Les villes qui signent leur adhésion à la charte Ville Active PNNS s'engagent :

- ✓ à promouvoir et soutenir toute action qui contribue à l'atteinte des objectifs du PNNS ;
- ✓ à mettre en œuvre, chaque année au moins, une action issue de la liste proposée par le PNNS ou innovante
- ✓ à veiller à ce que pour toutes actions menées à ce titre soient utilisées exclusivement les recommandations issues des référentiels du PNNS ou des documents porteurs du logo du PNNS
- ✓ à veiller à ce que toute action nutritionnelle impliquant la collectivité n'aille pas à l'encontre des repères de consommation du PNNS ;
- ✓ à nommer un référent « actions municipales du PNNS » qui mentionnera et rendra compte, annuellement, des actions mises en place durant l'année et prévues pour l'année suivante ;
- ✓ à afficher le logo « Ville-active du Programme national nutrition santé » de façon explicite sur les documents afférents à cette action

Atelier santé ville (ASV)
L'atelier santé ville est un dispositif opérationnel permettant une coordination des actions de santé pilotées par l'Etat et la collectivité locale en cohérence avec les priorités régionales. Le dispositif est animé par un professionnel.

"Les dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), portées notamment par les ateliers santé ville, sont essentielles pour la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau des communes signataires des CUCS et de leurs quartiers prioritaires.

Sur la base de diagnostic mené au plus près des besoins de la population, ces dynamiques permettent d'organiser la convergence de l'action sanitaire et sociale en direction des populations les plus vulnérables et d'agir sur les contextes qui déterminent l'état de santé des populations locales.

Dans la perspective de soutenir et d'amplifier les initiatives locales, il a été prévu
le dispositif de Contrat Local de Santé (CLS)
Les collectivités territoriales et leur groupement peuvent conclure avec l'ARS pour la mise en œuvre du projet régional de santé des contrats locaux de santé portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social.
Article L1434-2 et L1434-17 du code la santé publique

Villes OMS
La politique de l'OMS se fonde sur une appréhension positive et très large de la santé qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie. Dans cette conception dynamique et globale, chercher à améliorer la Santé pour Tous et à réduire les inégalités, c'est s'attaquer aux facteurs qui se conjuguent pour que la santé se gagne ou se perde. Ce sont aux conditions de vie (logement, habitat, transport, nourriture), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations sociales, à la culture qu'il faut s'intéresser pour développer cette approche qui peut être considérée comme une socio-écologie de la santé.
On définit une Ville-Santé comme une ville qui améliore constamment la qualité de son environnement, favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité, agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités, développe une économie diversifiée et innovante, donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité**.**

Centres de ressources

Le comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA) est un centre de ressources généraliste en éducation pour la santé et en santé publique. Il impulse des programmes d'éducation pour la santé à portée régionale, avec les six **comités départementaux (CoDES) de PACA**, dont il anime le réseau.

Centre régional de politique de la ville
Structure d'appui aux territoires, le centre de ressources est un lieu d'échanges et de confrontation, d'information et de formation, pour les différents acteurs de la Politique de la Ville.
Dans cet esprit, ses missions consistent de façon prioritaire à :

- organiser les échanges d'expériences sur les savoirs et les savoir-faire, élaborer et promouvoir des outils de capitalisation,
- susciter la réflexion et le débat autour des questions clés de la Politique de la Ville,
- favoriser la circulation de l'information par une veille informative et la facilitation de l'accès aux sources et aux ressources documentaires,
- contribuer au développement des fonctionnements en réseau.

Domaine « PERINATALITE PETITE ENFANCE »

Les centres d'action médico-sociale précoce
Les CAMSP ont pour objet le dépistage, le traitement et la rééducation en cure ambulatoire des enfants de moins de six ans qui présentent des déficiences sensorielles, motrices ou mentales. Ils assurent également une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requise par l'enfant. L'enfant est orienté vers le CAMSP par un service de pédiatrie ou de protection maternelle et infantile, l'école maternelle ou le médecin généraliste. Les CAMSP sont autorisés conjointement par l'ARS et le président du conseil général. Ils sont financés à 80% par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et à 20% par le service de protection maternelle et infantile du département.

La Protection maternelle et infantile
La PMI regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer par des actions préventives continues la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire.

- ✓ Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants
- ✓ Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps
- ✓ La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles
- ✓ Des actions d'aides aux familles

Centres de planification
Ils assurent des consultations de contraception, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse et des entretiens relatifs à la régulation des naissances dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse. Ils organisent en outre des séances de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, et des entretiens de conseil conjugal. Les centres de planification ou d'éducation familiale délivrent à titre gratuit des médicaments ou objets contraceptifs aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire.

Réseau Périnatalité

Le Réseau de Santé permet aux professionnels par la coordination des actions, la mutualisation des compétences, et l'harmonisation des collaborations d'améliorer la prise en charge des mères et des bébés.

Numéro Vert IVG/Contraception
Le N° Vert IVG/Contraception a pour mission d'informer et d'orienter les personnes sur toute question concernant la contraception et l'interruption volontaire de grossesse pour la région PACA.
Les appels sont reçus par des conseillères conjugales et familiales du mouvement français de planning familial des Bouches-du-Rhône, du Var, du Vaucluse et des Alpes Maritimes. Il est accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h, samedi de 9h à 12h. L'appel est confidentiel, gratuit depuis un poste fixe ou une cabine publique (depuis un téléphone mobile : l'appel est compris dans le forfait ou facturé comme un appel métropolitain).

Domaine « MALADIES CHRONIQUES »

Les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
Les CIDDIST assurent les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles, à titre gratuit et de manière anonyme.

Les centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH
Les CDAG assurent la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH/Sida ainsi que l'accompagnement dans la recherche des soins appropriés, à titre gratuit et de manière anonyme.

Les Centres de lutte antituberculeuse
Les CLAT sont présents dans tous les départements. Ils coordonnent la lutte antituberculeuse au niveau départemental et réalisent :

- ✓ Des consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale.
- ✓ Le dépistage avec enquêtes dans l'entourage des cas, réalisation d'actions ciblées de dépistage, élaboration des stratégies.
- ✓ Des actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques avec information, communication.
- ✓ La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG.
- ✓ La formation des professionnels.
- ✓ Le développement des partenariats et la participation à un réseau départemental de lutte contre la tuberculose.
- ✓ La participation à l'évaluation et la surveillance épidémiologique.
- ✓ Les centres de vaccination proposent des consultations gratuites pour les adultes et les enfants de plus de 6 ans.

Education thérapeutique
Le nouveau contexte réglementaire :

- ✓ l'article 84 de la loi HPST du 21juillet 2009 Inscrit l'éducation thérapeutique du patient dans le code de Santé Publique : Titre VI
- ✓ « l'ET s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. Les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP sont déterminées par décret»
- ✓ Tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise de médicaments est interdit
- ✓ « les programmes sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ils sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des ARS. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé »
- ✓ Ils sont évalués par la HAS
- ✓ « les actions d'accompagnement font partie de l'ET. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national »
- ✓ Les programmes ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par les entreprises du médicament mais elles peuvent prendre part au financement
- ✓ « les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant »
- ✓ Les programmes d'apprentissage : mis en œuvre par des PS intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise du médicament
- ✓ Ils sont soumis à autorisation de l'AFSSAPS
- ✓ 30 000 euros d'amende si mise en œuvre d'un programme ETP sans autorisation
- ✓ L'ARS est chargé du contrôle du respect des autorisations délivrées

Arrêté et décret du 2/08/2010 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de demande d'autorisation

- ✓ Formation d'une durée minimale de 40H d'enseignements théoriques et pratiques
- ✓ 15 compétences décrites relevant du relationnel, de la pédagogie et de l'animation, de la méthode et de l'organisation et du domaine biomédicale et soins
- ✓ 3 compétences relèvent exclusivement de PS inscrits dans le code de santé publique (apprendre à mieux gérer le traitement, évaluer l 'ETP et ses effets thérapeutiques, éduquer les patients à la gestion de crises).

Pour être autorisé, un programme doit être conforme au cahier des charges national et respecter les compétences requises pour dispenser cette activité
L'autorisation est obligatoire pour l'ensemble des programmes, qu'ils soient portés par les établissements de santé, la médecine de ville, une association…
Tout n'est pas programme (ensemble coordonné d'activités d'éducation)
L'autorisation ne vaut pas accord de financement.

Formalisation : de l'efficacité potentielle, des objectifs, de la population cible, des objectifs éducatifs partagés et un programme personnalisé, d'un dossier éducatif, des modalités du programme, des outils utilisés.
Coordination :

- ✓ interne,
- ✓ externe notamment avec le MT à toutes les étapes,

Documents :

- ✓ information et consentement du patient
- ✓ charte de déontologie et de confidentialité signées par les intervenants

Evaluation du programme

- ✓ auto évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme
- ✓ évaluation quadriennale en termes d'activité, de processus et de résultats

Service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les malades chroniques
Sophia est un service dédié à l'accompagnement des malades chroniques. Les patients diabétiques en sont les premiers bénéficiaires. Son objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients et de renforcer la prévention des complications de la maladie.

Structure de gestion du dépistage organisé des cancers
La structure de gestion est l'instance opérationnelle assurant l'organisation locale des dépistages organisés des cancers à l'échelle d'un ou plusieurs départements.
Les structures de gestion cancer assurent l'organisation locale et la promotion des dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal. Elles sont financées par l'Etat, l'ARS, l'Assurance maladie et, pour certaines, également par les conseils généraux.

Leurs principales missions sont les suivantes :

- ✓ gérer et assurer la sécurité des fichiers des personnes ciblées par les dépistages
- ✓ envoyer les lettres invitant les personnes à se faire dépister ainsi que les relances
- ✓ participer à la sensibilisation et à l'information des populations concernées
- ✓ organiser la formation des médecins et professionnels de santé sur les dépistages
- ✓ assurer le suivi des dépistages
- ✓ veiller à la qualité du dispositif
- ✓ collecter les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes et les transmettent à l'Institut de veille sanitaire.
- ✓ approvisionner les médecins généralistes en tests de dépistage pour le dépistage du cancer colorectal.

Le centre Régional d'Information et de Prévention du Sida Provence-Alpes-Côte d'Azur
Le CRIPS est un centre ressource sur l'infection à VIH/sida, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles, la réduction des risques liés à l'usage de drogue, la contraception et la sexualité. Il gère et anime deux centres de documentation à Marseille et à Nice ouverts aux professionnels et au public recherchant de l'information et de la documentation sur ces thématiques.

Les COordinations RÉgionales de lutte contre l'infection à VIH (**COREVIH)** ont été créées par le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.
Elles ont trois missions :

- ✓ Favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique, para clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, des actions de coopération internationale, de la formation et de l'information, de l'action sociale et médico sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé.
- ✓ Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques
- ✓ Procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1998 (cohorte DMI2)

DOMAINE SANTE MENTALE

Les Centres médico-psychopédagogiques

Les CMPP s'adressent aux enfants et adolescents présentant des difficultés scolaires, des troubles psychomoteurs ou des troubles du comportement. Ils ont pour fonction de faire un bilan, de diagnostiquer les manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action éducative et thérapeutique sous l'autorité d'un médecin. L'enfant est orienté vers le CMPP par l'école ou le médecin généraliste. Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultation ambulatoire. L'enfant reste dans son milieu familial.
Les CMPP ne doivent pas être confondus avec les CMP (centre médico psychologique) qui sont des services de consultations assurés par les services de psychiatrie.

Les Maisons des Adolescents

Généralisées à partir de 2005 au travers d'un cahier des charges national, les maisons des adolescents sont des structures d'accueil et de soins au service des adolescents.
Elles sont accessibles à tous les jeunes, mais s'adressent en priorité aux adolescents les plus vulnérables. Adossées à des établissements de santé, elles apportent à l'adolescent une écoute personnalisée et des propositions de soins adaptées dans un souci de pluridisciplinarité et de continuité des prises en charge.
Ces structures sont à l'usage des adolescents, de leur famille et des professionnels qui les côtoient, en priorité dans les quartiers urbains en difficulté et les zones rurales éloignées
Elles doivent répondre aux principales missions que sont l'accueil des adolescents, l'écoute, l'évaluation des situations, la prise en charge médicale, l'accompagnement éducatif, social et juridique. Les MDA sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative.

Domaine « ADDICTIONS »

Les Centres d'accueil et d'accompagnement pour la réduction des risques auprès des usagers de drogues (CAARUD)
Les CAARUD ont été créés en 2005. Le but était simple : intégrer les structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux, et les placer sous le financement de l'assurance maladie.
Les missions des CAARUD ont été clairement définies dans la circulaire qui les a créés

- ✓ l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues
- ✓ le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- ✓ le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- ✓ la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- ✓ l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- ✓ le développement d'actions de médiation sociale et la participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Consultations jeunes consommateurs
Le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont décidé de mettre en place, en février 2005, un programme de prévention de l'usage du cannabis, fondé sur une campagne de sensibilisation aux effets de cette consommation. En parallèle, un dispositif de « consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho actives » a vu le jour : communément appelées « consultations cannabis » ou « consultations jeunes consommateurs », elles ont progressivement ouvert dans tous les départements (à raison d'une structure au moins par département).

Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
Inscrits dans la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002, les CSAPA sont des établissements relevant du 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
La création d'un dispositif de prise en charge unique pour l'ensemble des addictions correspond à la volonté du législateur de réunir les deux dispositifs existants : les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).
Les CSAPA, dont les missions sont précisées dans le décret du 14 mai 2007, s'inscrivent dans le cadre des orientations du plan gouvernemental de lutte contre les drogues, le tabac et l'alcool 2004-2008 ainsi que dans le cadre du plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011.

DADD Dispositif d'appui drogues et dépendances Dispositif régional
Placée sous l'autorité du Premier ministre, la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), constitue l'épicentre du dispositif français de lutte contre les toxicomanies. La MILDT est chargée de coordonner l'action du Gouvernement dans le domaine de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux. Sa compétence couvre l´ensemble des drogues illicites, l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes.

Schéma Régional d'Addictologie - PACA 2010-2011
Le schéma a été élaboré par la DRASS et l'ARS après avis de la Commission Régionale Addiction instituée par la circulaire du 28 février 2008 relative aux CSAPA. Son objectif est d'avoir une politique régionale en addictologie, coordonnée et planifiée et dans cette optique de :

- ✓ garantir l'accès aux soins de la population concernée à proximité de son lieu de vie et en tenant compte de sa diversité, de la géographie (territoires de santé, bassins de vie) et des produits consommés.
- ✓ accompagner la mise en réseau des acteurs autour du patient

- ✓ intégrer de nouvelles missions telles que le repérage précoce, le conseil minimum et les interventions brèves,
- ✓ mettre en place un système de suivi et d´évaluation du fonctionnement du dispositif,
- ✓ développer les formations initiales et continues en addictologie ainsi que la recherche.

La prévention des addictions et la réduction des risques chez les usagers de drogues sont intégrées à ce schéma. Elles permettent de couvrir l'ensemble des modalités d'intervention sur la question des addictions, par leur rôle :

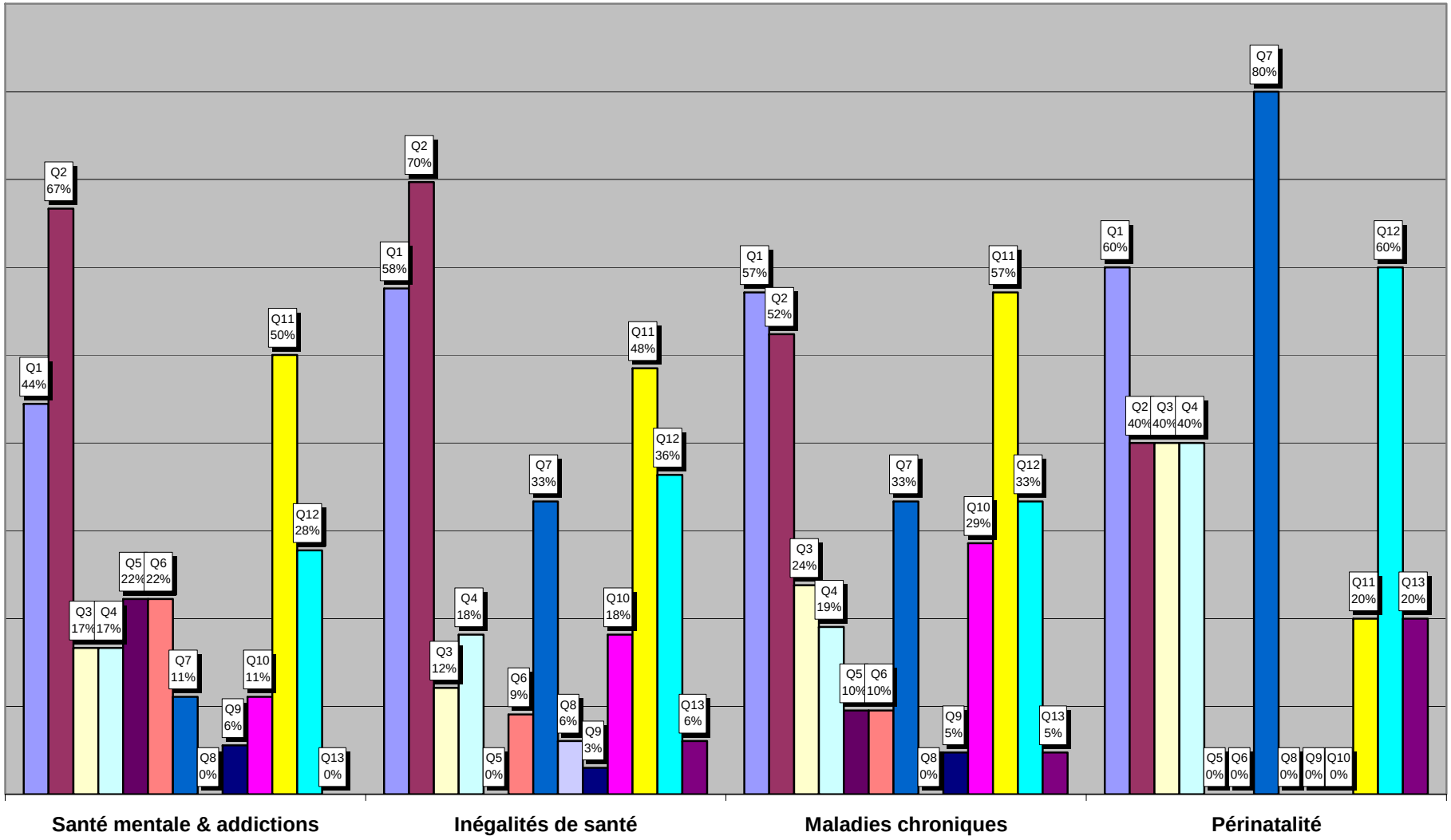
- ✓ d'information de la population,
- ✓ d'éducation à la santé pour les publics à risques,
- ✓ de prévention des risques ou de réduction des dommages sanitaires et sociaux chez les usagers de drogues,
- ✓ de relais pour un accès aux soins plus précoce et mieux réparti sur l'ensemble du territoire.

Annexe 10 Analyse des actions 2007, 2008 et 2009 du Plan Régional de Santé Publique

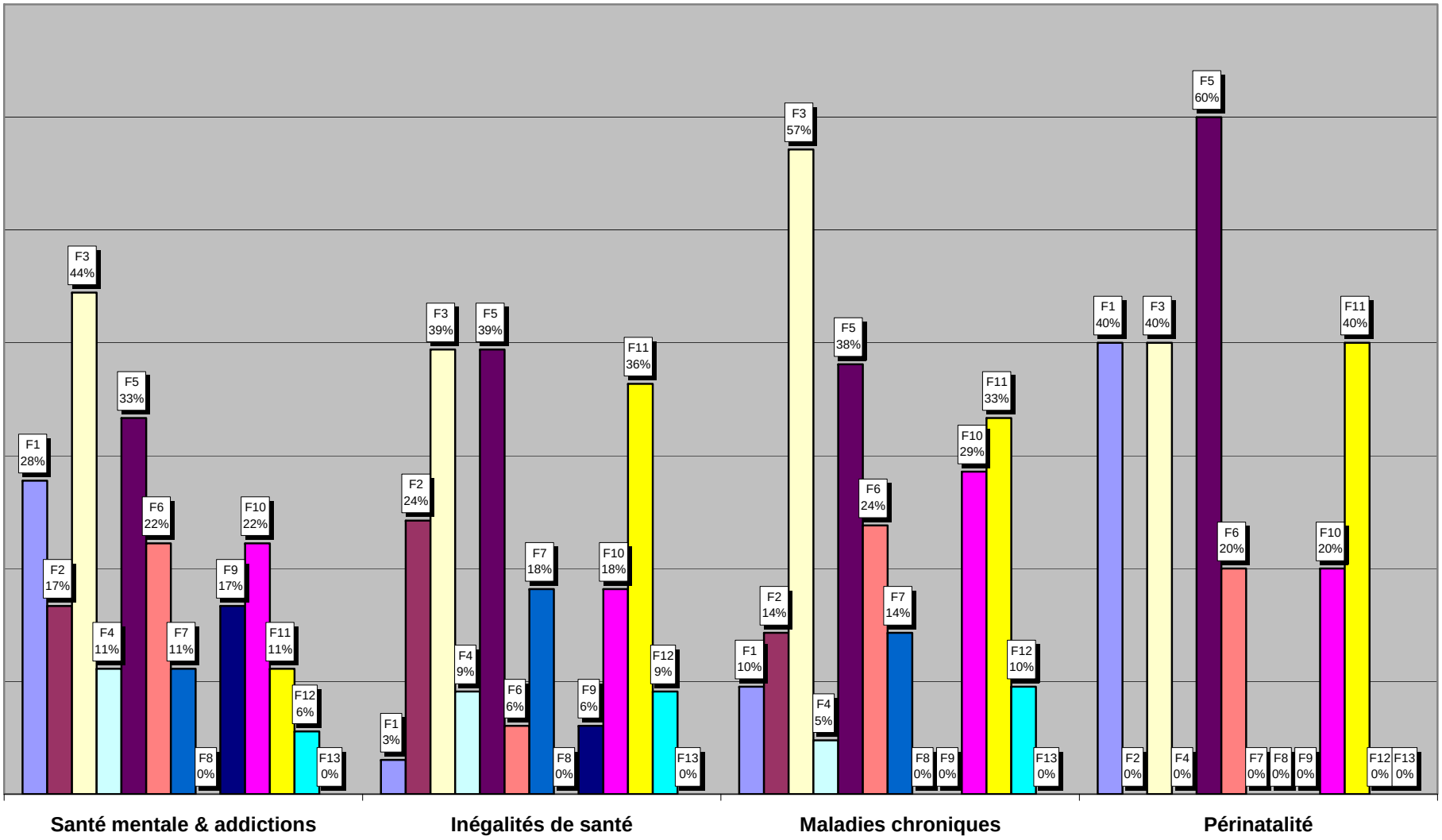
Typologie des forces / opportunités, faiblesses / obstacles, marges de progrès / recommandations des actions de prévention, promotion et éducation à la santé.

ITEMS	Catégorie : Forces / Opportunités	Q	Catégorie : Faiblesses / Obstacles	F	Catégorie : Marges de progrès / Recommandations	R
	compétences / engagement des intervenants	**Q1**	compétences / engagement des intervenants	**F1**	travail sur les compétences / la formation des intervenants	**R1**
	qualité du travail partenarial / en réseau	**Q2**	qualité du travail partenarial / en réseau	**F2**	développer / pérenniser le travail partenarial / en réseau	**R2**
	méthodologie / montage de projet / gestion de projet	**Q3**	méthodologie / montage de projet / gestion de projet	**F3**	travail sur l'écriture / méthodologie de projet / objectifs de l'action	**R3**
	qualité des outils d'action	**Q4**	qualité des outils d'action	**F4**	développer / améliorer les outils d'action	**R4**
	qualité des outils d'évaluation	**Q5**	qualité des outils d'évaluation	**F5**	développer / améliorer les outils d'évaluation	**R5**
	identification plus-value / valorisation / communication autour de l'action	**Q6**	identification plus-value / valorisation / communication autour de l'action	**F6**	travail sur la valorisation / communication autour de l'action	**R6**
	implication / atteinte des publics cibles	**Q7**	implication / atteinte des publics cibles	**F7**	travail sur l'implication / l'atteinte des publics cibles	**R7**
	valorisation des publics cibles	**Q8**	valorisation des publics cibles	**F8**	travail sur la valorisation des publics cibles	**R8**
	rapport "qualité-prix" de l'action	**Q9**	rapport "qualité-prix" de l'action	**F9**	travail sur la maîtrise des coûts de l'action	**R9**
	développement de compétences particulières par les intervenants liées à l'action	**Q10**	manque de moyens matériels / humains / financiers	**F10**	adaptation des moyens matériels / humains / financiers	**R10**
	légitimité / implantation de la structure	**Q11**	facteurs "exogènes" (socioculturels, structurels, etc.)	**F11**	travail sur la légitimité / l'implantation de la structure	**R11**
	inscription de l'action dans les politiques publiques / prise en compte des priorités du programme / du financeur / etc.	**Q12**	inscription de l'action dans les politiques publiques / prise en compte des priorités du programme / du financeur / etc.	**F12**	inscription de l'action dans les politiques publiques / prise en compte des priorités du programme / du financeur / recherche de cofinancements	**R12**
	caractère innovant / transférable / généralisable de l'action	**Q13**	transférabilité / généralisation de l'action	**F13**	extension / transfert / généralisation de l'action	**R13**

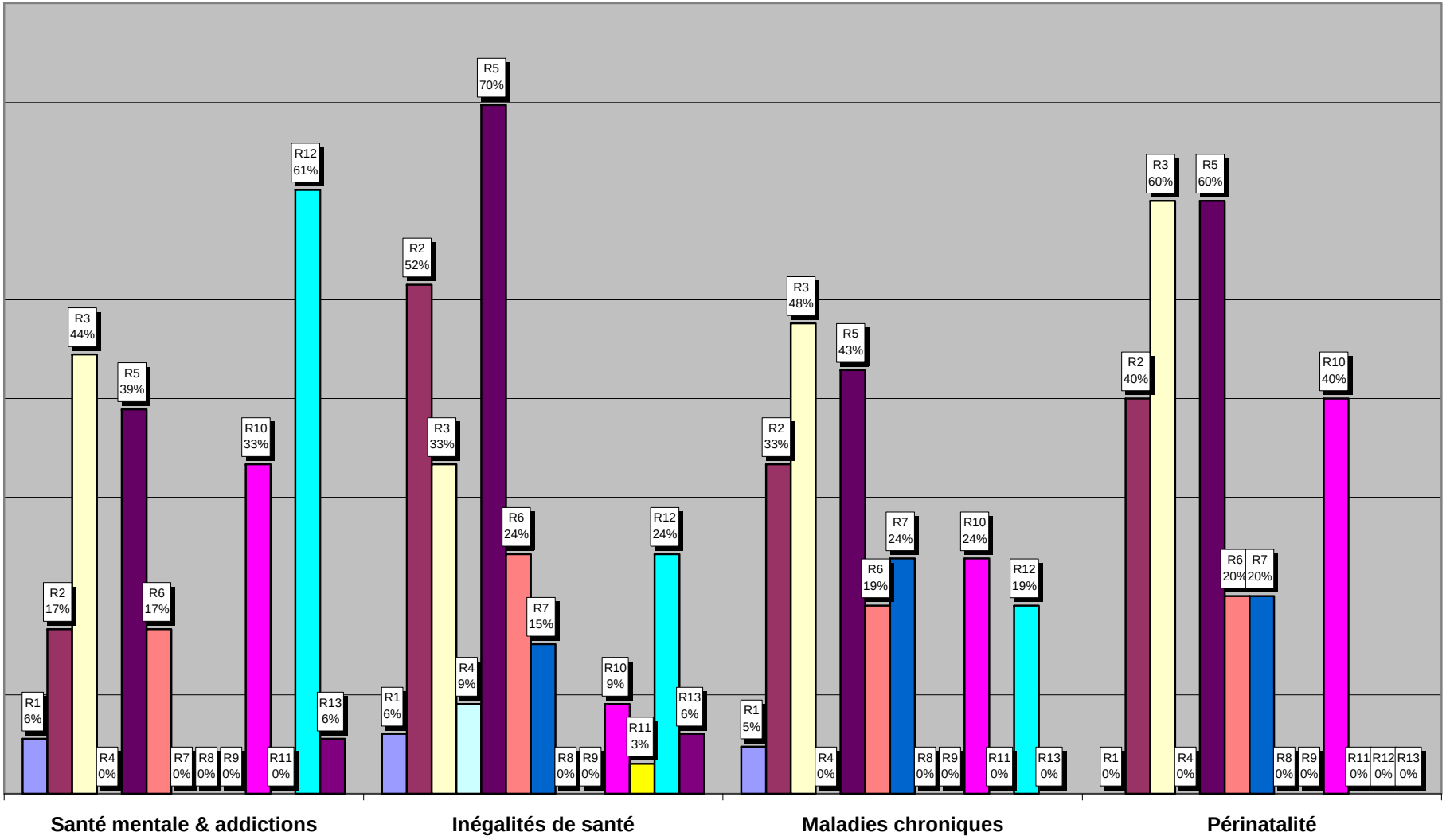
Forces / opportunités des actions 2007/08/09 évaluées :



Faiblesses / Obstacles des actions 2007/08/09 évaluées :



Marges de progrès / Recommandations émises sur les actions 2007/08/09 évaluées :



Annexe 11

Les objectifs définis pour chacun des domaines stratégiques en fonction des priorités retenues ont été répartis par publics en précisant à quel type d'objectifs général du PSRS ils se rapportaient (cf. détails dans le document spécifique intitulé « analyse par domaine stratégique » annexé au schéma) ;

Connaissances = AMELIORER LA CONNAISSANCE POUR MIEUX CIBLER ET EVALUER LES ACTIONS
Inégalités territoriales = REDUIRE LES INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE
Droit à la santé = RENDRE EFFECTIF LE DROIT A LA SANTE DANS LE CHAMP DE LA PREVENTION, DU SOIN ET MEDICO-SOCIAL
Parcours de santé = METTRE EN PLACE UN PARCOURS COORDONNE DE SANTE ET D'ACCOMPAGNEMENT, EN RESPECTANT LE LIBRE CHOIX DES PERSONNES
Qualité offre de santé = AMELIORER LA QUALITE DE L'OFFRE DE SANTE

Domaines stratégiques Publics	Inégalités de santé	Périnatalité Petite enfance	Maladies chroniques	Santé mentale Addictions	Vieillissement Handicaps
Population générale	**Connaissances** - Disposer d'un **indicateur de défavorisation** - Appliquer cet indicateur au niveau des cantons regroupés et des IRIS - **Modéliser un diagnostic local** intégrant des indicateurs épidémiologiques disponibles et un recueil de données qualitatives. **Inégalités territoriales** - Accroître d'au moins deux par année le nombre de **villes PNNS** de la région d'ici 2016. - **Protéger les populations vulnérables**, en particulier les enfants, des **conséquences majeures des expositions** précoces (substances chimiques en particulier) en terme de handicap ou d'autres pathologies lourdes, chroniques ou à long terme. - Préserver la population des effets de la pollution atmosphérique et améliorer la qualité de l'eau dans les territoires de montagne **Parcours de santé** - Définir un **dispositif conventionnel**,	**Droit à la santé** - Promouvoir les mesures permettant de choisir le moment de la grossesse : renforcer l'accès à une contraception adaptée y compris la contraception d'urgence, l'accès à l'IVG et un accès aux préservatifs le plus large. - Développer la prévention des IST, de l'infection à VIH, des infections à Chlamydiae et à Herpes simplex virus - Promouvoir le test de dépistage du VIH aux futurs pères.	**Droit à la santé** - Réduire en 5 ans, en population adulte, d'au moins 25% la **prévalence du tabagisme quotidien** chez les hommes et les femmes. Réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans. - Réduire au moins de 10% en 5 ans la **consommation déclarée quotidienne d'alcool** chez les personnes âgées de 18 à 75 ans - Promouvoir l'application des repères du PNNS - Augmenter **l'activité physique** et diminuer la sédentarité : augmenter chez les adultes en 5 ans la proportion de personnes situées dans la classe d'activités physiques élevées de 20% au moins chez les hommes et de 25% au moins chez les femmes - Passer de 12,6% à 20% en 5 ans la proportion d'adultes	**Connaissances** - Evaluer l'impact et l'efficience des actions de formation en direction des professionnels de santé de premier recours dont les médecins généralistes au **repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique** dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires **Droit à la santé** - Diminuer **la récidive de la TS ou de la crise suicidaire** - Développer au niveau territorial des actions de **sensibilisation du grand public sur les troubles de la santé mentale**, les maladies mentales et leur prise en charge - Réduire la **consommation de tabac** de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus précaires. - En population générale, développer le **repérage et l'orientation** des personnes ayant des usages problématiques	

	équivalent à la convention passée avec la DRJSCS, avec les institutions dont les missions sont à même de contribuer à agir sur les déterminants ou les conséquences des inégalités sociales de santé (Education Nationale, Conseils Généraux, ...). **Qualité offre de santé** - En lien avec le développement de prévention-promotion de la santé dans les territoires les plus vulnérables, **promouvoir la participation des habitants** à l'élaboration de politiques locales de santé (en termes d'attente, de besoins et d'implication). Cette démarche pourra être constitutive de la création d'un réseau de santé communautaire.		ayant déclaré avoir consommé des **fruits ou légumes** au moins 5 fois la veille de l'enquête - Mettre en place un **dispositif d'informations du public** sur les facteurs de risque comportementaux et environnementaux liés aux maladies chroniques au niveau des territoires de proximité, en s'appuyant sur les associations de malades et sur une organisation de type réseau. - Améliorer **le taux de dépistage du cancer** colo rectal de 33,23 % à 50% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans - Améliorer **le taux de dépistage du cancer du sein** chez les femmes de 50 à 74 ans de 46% à 65% en 2013 - Améliorer la **détection précoce** des cancers de la peau -Développer le **diagnostic précoce de la BPCO** - **Dépistage VIH** - Améliorer **le dépistage du diabète** - offrir une **visibilité sociale** et assurer une mobilisation collective sur le thème des maladies chroniques	de produits psycho actifs - développer les pratiques de prévention avec **une offre mieux différenciée par niveaux** : généraliste, sélective (prévention en entreprise, sur les risques routiers...), indiquée (accès aux soins=repérage précoce), en réduction des risques et mieux coordonnée - améliorer la **visibilité des actions de prévention** **Parcours de santé** - Repérer et soutenir les **réseaux** et actions les plus efficients en **prévention et récidive du suicide** **Qualité offre de santé** sensibiliser **les médecins généralistes** à la prévention, au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique, notamment les troubles dépressifs et les risques suicidaires.	
Femmes enceintes, Parents, Petite enfance	**Connaissances** - Décrire l'impact des **inégalités de distribution de l'exposition** aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur) sur la santé des enfants. - Décrire les **écarts de surpoids et d'obésité** à 5-6 ans entre les différents	**Connaissances** - Réaliser tous les deux ans une **exploitation** d'un échantillon des **premiers bilans de santé en maternelle** réalisés sur la base d'EVALMATER - Assurer l'exploitation des	**Droit à la santé** - Diminuer la **prévalence de l'obésité et du surpoids** parmi les enfants de grande section de maternelles de 12,6% à 9,5% en 2013 - Atteindre chez les enfants âgés de 24 mois une	**Droit à la santé** - Prévenir les risques de conduites **addictives chez les femmes enceintes**	

	territoires de la région **Droit à la santé** - **Simplifier les démarches** administratives et la transmission des informations, trop souvent sur supports écrits confiés aux familles - Garantir une **alimentation suffisante et équilibrée pendant la grossesse**. - **Renforcer l'accès des enfants** vivant dans un contexte de vulnérabilité aux dispositifs de droit commun pour la prévention et le dépistage et améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire : troubles du développement psychomoteur et en particulier d'apprentissage du langage,. - Développer un programme spécifique de **prévention du surpoids et de l'obésité** dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé. - **Inscrire un axe petite enfance** dans le volet santé des CUCS ainsi que dans les ASV. - Améliorer **le taux de couverture vaccinale** en visant l'objectif fixé au niveau national. **Qualité offre de santé** - Développer des **programmes de développement des compétences psycho-sociales** en milieu scolaire (ex. PRODAS tel qu'il est expérimenté à Marseille notamment dans les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai).	données recueillis lors de l'établissement des certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois pour chacun des départements de la région et au niveau le plus fin. **Droit à la santé** - favoriser l'allaitement maternel - Promouvoir des actions d'éducation pour la santé en ZEP, visant à acquérir une bonne hygiène dentaire et une meilleure hygiène alimentaire - Prévenir les accidents de la vie courante	**couverture vaccinale** de 80% pour la primo-vaccination complète par le vaccin de l'hépatite B		
Enfants Adolescents Jeunes	**Droit à la santé** - Atteindre NN% de participation à **l'examen bucco-dentaire** (EBD) gratuit à 6 ans et 12 ans. - Mettre en œuvre les préconisations de l'étude qualitative effectuée en		**Droit à la santé** - Réduire en 5 ans de 20% au moins le pourcentage de garçons et de filles de 17 ans déclarant un **usage quotidien de tabac** (>1cg/j)	**Droit à la santé** - Diminuer la **récidive de la TS** ou de la crise suicidaire - Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil **des adolescents**	

	2010 sur le recours à l'EBD. - Favoriser l'accès, pour les populations défavorisées, au dispositif de l'examen bucco-dentaire de prévention systématique à 6 ans pris en charge à 100 %, ainsi que les soins nécessaires, en partenariat avec les caisses d'assurance maladie. - Développer un programme spécifique de **prévention du surpoids et de l'obésité** dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé. - Promouvoir des **actions d'éducation pour la santé en ZEP**, visant à acquérir une bonne hygiène dentaire et une meilleure hygiène alimentaire. - Améliorer le **taux de couverture vaccinale** en visant l'objectif fixé au niveau national - Réduire de moitié dans les 5 ans les IVG chez les mineures. - Systématiser dans les 5 ans la réalisation de **programmes d'éducation à la sexualité** auprès des jeunes dans les établissements scolaires situés dans les territoires les plus vulnérables (ZEP, territoires en CUCS, collèges et écoles "ambition réussite") et dans l'ensemble des dispositifs accueillant des jeunes en formation hors éducation nationale. Ces programmes devront intégrer en particulier des éléments portant notamment sur la contraception, la prévention des IST et de l'infection à VIH, la lutte contre l'homophobie et la prévention des violences de genres. - Promouvoir des actions d'éducation à la santé (notamment activité physique/nutrition, bruit) - Prévenir les accidents de la vie courante **Qualité offre de santé** - Développer des **programmes de**		- Réduire au moins de 10% en 5 ans la **consommation déclarée quotidienne d'alcool** chez les personnes âgées de 18 à 75 ans. - Diminuer de 20% la **consommation régulière d'alcool** (+10fois/mois) chez les jeunes de 17 ans - Améliorer, d'ici 5 ans, chez les jeunes filles âgées de 15 ans la **couverture vaccinale contre les papillomavirus et contre l'hépatite B**	**présentant une souffrance psychique une dépression** ou des troubles du comportement **Parcours de santé** - Repérer et soutenir les **réseaux** et actions les plus efficients en **prévention du suicide et récidive des TS** **Qualité offre de santé** - Développer des **programmes de prévention des addictions** auprès des jeunes scolarisés ou hors système scolaire notamment en favorisant l'acquisition de **compétences individuelles et psycho-sociales** (Jeunes en apprentissage, détenus, en foyer, en centres socio éducatifs, étudiants, élèves du secteur agricole etc. …) - Développer des programmes de prévention de réduction des risques, y compris sexuels, notamment dans les milieux festifs et commerciaux	

	développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire (ex. PRODAS tel qu'il est expérimenté à Marseille notamment dans les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai).				
Personnes Précaires, vulnérables	**Connaissances** - **Harmoniser le recueil** de données sociales et médicales renseignées par les **PASS** de la région et les exploiter à des fins d'analyse des besoins et de veille. - Exploiter les **données recueillies par les UCSA** pour identifier les besoins de santé des personnes détenues. **Inégalités territoriales** - Dans les 5 ans, **sur les 14 territoires les plus vulnérables**, après qu'un diagnostic local ait été rigoureusement effectué, mettre en œuvre une **démarche territoriale** de promotion de la santé. **Droit à la santé** - Mettre en place au sein des **établissements pénitentiaires** une organisation pour contribuer à **la préparation à la sortie** - Prévenir le **risque de rupture de droit** à l'entrée et à la sortie de prison en s'assurant de la continuité de la perception des droits sociaux relevant des CG (AAH, APA, PCH, RSA). - Accroître en 5 ans le taux actuel de **recours à l'ACS** (qui est de 25%) à 35%. - Faire appliquer la réglementation relative aux **refus de soins** en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins. idem pour les **dépassements d'honoraires** (Art. 54 de la Loi HPST). - Diffuser une charte sur les **droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUC**	**Droit à la santé** - Mobiliser les moyens d'investigation qui permettent d'identifier et d'agir sur les **conditions de vie insalubre** ou les logements inadaptés, notamment pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...).	**Droit à la santé** - D'ici 2016, réduire l'écart de **mortalité par cardiopathie ischémique** qui était de 2,5 entre les ouvriers et les cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA -1991-2005) chez les hommes. - D'ici 2016, réduire l'écart de **mortalité par maladies cérébrovasculaire** qui était de 2,8 entre les ouvriers et les cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA -1991-2005) chez les hommes. - Améliorer **le dépistage** du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à **l'entrée et pendant la détention**. - Améliorer le **dépistage des cancers** du sein, du col de l'utérus et colorectal **pendant la détention** - Augmenter de 50% la participation au **dépistage organisé du cancer du sein** pour les femmes de 50-74 ans en situation précaire pour atteindre un taux de participation de 45% (sur la base d'un taux actuel de 30% à Marseille qui est un territoire repéré comme socialement très vulnérable). - Réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en **situation d'insécurité**	**Inégalités territoriales** - Développer la **prévention spécialisée par « territoire** » (sur les quartiers en politique de la ville, communes,…) avec phase de diagnostic partagé, construction d'une réponse adaptée au territoire associant les partenaires locaux, socio sanitaires, éducatifs et de l'application de la loi. **Droit à la santé** - Réduire la **consommation de tabac de 5% par an pendan**t 5 ans en facilitant **l'accès au sevrage tabagique pour les plus précaires**. - Réduire de 20%, au moins, la prévalence du **tabagisme quotidien** chez les chômeurs de 18 à 65 ans.	**Droit à la santé** - Sensibiliser les partenaires pour **l'aménagement des logements, accessibilité de l'espace public** (caisses de retraite, communes), avec une attention particulière pour les territoires comportant des populations précaires et/ou en zone rurale

	(dans la continuité d'un travail entrepris dans le cadre du PRAPS III). - Renforcer la couverture territoriale pour les **consultations dentaires PASS** pour les établissements situés dans des territoires socialement vulnérables ou ayant identifié des besoins précis (Brignoles, Martigues, Arles, Salon, Gap) - Mettre en œuvre les **préconisations** de l'enquête régionale relative au **fonctionnement des PASS** (2009) - **Accompagner les publics** ayant des difficultés à accéder aux droits, au dépistage et aux soins. - Développer un programme spécifique de **prévention du surpoids et de l'obésité** dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé.		**alimentaire quantitative**. - Développer les priorités du domaine **maladie chronique pour garantir un accès à la prévention de cette population** (diabète, maladies respiratoires, obésité, VIH-SIDA) sur les **territoires** concernés. **-** Développer l'éducation thérapeutique pour le public concerné par le PRAPS en adaptant les programmes		
Personnes sans chez-soi	**Connaissances** . Analyser les besoins pour développer des **PASS de psychiatrie et les Lits Halte soins Santé** **Droit à la santé** - D'ici 2016, **former tous les personnels** d'accueil, des services d'urgence et des maternités à la prise en charge des malades en **situation sociale difficile** (personnes SDF, CMUC, AME) et **définir les protocoles** correspondants. - Renforcer la **couverture territoriale** pour les **équipes mobiles psychiatrie précarité** (EMPP) : Nice et Avignon en priorité **- Accompagner les publics** ayant des difficultés à accéder au dépistage et aux soins. **Parcours de santé** - Soutenir et développer la **création de réseaux santé-précarité** en priorité pour les personnes sans chez-soi. Ils devront veiller en particulier à éviter			**Droit à la santé** - Promouvoir des actions **de réductions des risques** chez les publics usagers de drogues licites et illicites	

	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. **Qualité offre de santé** - Développer les **compétences psycho-sociales pour les personnes hébergées en CHRS** : développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) aux personnes les plus démunies.				
Personnes atteintes de maladies chroniques	**Connaissances** Documenter le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes d'une maladie chronique en prenant le diabète de type II comme pathologie traceuse. **Droit à la santé** Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de statut socio-économique (SSE) faible et de SSE élevé sachant que les valeurs actuelles sont les suivantes : - SSE faible 45% de surpoids ou d'obésité - SSE élevé 31% de surpoids ou d'obésité. Certains territoires prioritaires (ex. Marseille, Port Saint-Louis du Rhône, Istres et Tende) devront faire l'objet d'actions spécifiques.		**Parcours de santé** **Eviter l'apparition de complications des maladies chroniques ou les réduire :** • Informer et conseiller les patients atteints de maladies chroniques • Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique (cf. détail dans la partie « maladies chroniques » du document analyse par domaine stratégique) - Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique réalisé en ambulatoire en assurant un maillage territorial sur des pathologies prioritaires : diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, insuffisance rénale chronique, VIH-SIDA, obésité, psychose tout en intégrant des personnes vulnérables y compris la population pénitentiaire. - Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires qui sont en	**Parcours de santé** - Mettre en place un **parcours coordonné de santé et d'accompagnement**, en respectant le libre choix des personnes : Ce parcours englobe la prévention, le repérage précoce, l'accès aux soins et la réinsertion du patient ainsi que le soutien aux professionnels. Cela nécessite d'organiser les relais entre la prévention, le soin et les structures d'insertion.	**Droit à la santé**

			projet - Favoriser l'intégration des professionnels de santé libéraux au sein de programmes autorisés - Sensibiliser et former les médecins libéraux à la démarche éducative - Faire connaître les programmes autorisés - Promouvoir l'articulation « programmes d'éducation thérapeutique/ accompagnement des patients réalisé par les associations **Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques** en développant l'éducation thérapeutique, en prévenant ou retardant la perte d'autonomie, en luttant contre l'isolement et la désinsertion sociale et en soutenant les aidants : - Dépister la perte d'autonomie, - Faire bénéficier le patient des aides nécessaires - Maintenir le patient dans son milieu de vie habituel - Identifier et animer des lieux de rencontre en proximité - …		
Personnes âgées Personnes handicapées	**Droit à la santé** - Sensibiliser les partenaires pour **l'aménagement des logements, accessibilité de l'espace public** (caisses de retraite, communes).		**Droit à la santé** - Améliorer le taux de **dépistage du cancer colo rectal** de 33,23 % à 50% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans - Améliorer le taux de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans de 46% à 65% en 2013. - Favoriser l'accès des personnes en situation de	**Droit à la santé** - Réduire au moins de 10% en 5 ans la **consommation déclarée quotidienne d'alcool** chez les personnes âgées de 18 à 75 ans	**Droit à la santé** - Réduire les **chutes**. - Prévenir les risques de **sarcopénie**, **ostéoporose**, de **malnutrition** ou de **dénutrition** : lutter contre l'inactivité physique et promouvoir une alimentation adaptée. **- Améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes en** prévenant ou retardant la perte d'autonomie**, en luttant contre**

			handicap au **dépistage systématique des cancers** : renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès des personnes en situation de handicap au dépistage des cancers.		**l'isolement et la désinsertion sociale** - A 5 ans, développer sur tous les territoires et proportionnellement au nombre de personnes concernées des ateliers mémoire - Favoriser l'accès au dépistage et aux soins bucco-dentaires : tendre l'action du réseau Handidents à l'ensemble de la région. - Développer auprès des personnes handicapées, des actions d'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH **Qualité offre de santé** - Former les professionnels de santé aux spécificités du handicap (adaptation des consultations, accueil et écoute des publics)

Annexe 12
Répartition des objectifs selon les objectifs du PSRS

Domaine stratégique : INEGALITES DE SANTE		
OBJECTIFS GENERAUX DU PSRS	**OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS**	**MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES**
3.1.1 - Mieux connaître et décrire les inégalités territoriales de santé, populationnelles et géographiques	Décrire les inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur en particulier)	Etude prévue en fin d'année 2011 à Marseille. A étendre ensuite à d'autres territoires exposés, éventuellement en fonction des résultats
3.1.1	Disposer d'un indicateur de défavorisation (il s'agit plutôt a priori d'en retenir un parmi ceux qui existent et non d'en définir un nouveau) Appliquer cet indicateur au niveau des cantons regroupés et des IRIS	Tous les territoires sont concernés
	Modéliser un diagnostic local intégrant des indicateurs épidémiologiques disponibles et un recueil de données qualitatives	Démarche méthodologique générale qui sera appliquée à des territoires prioritaires.
	Promouvoir des recherches-actions associant acteurs de terrain et équipes de recherche en visant à construire des modalités d'intervention qui dans l'idéal pourraient être modélisées	Démarche méthodologique générale qui sera appliquée à certaines thématiques (ex. nutrition)
	Documenter le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes d'une maladie chronique en prenant le diabète de type II comme pathologie traceuse	Un canton regroupé à déterminer au sein des cantons regroupés prioritaires sur cette thématique - pour les hommes Marseille, Marignane, Port st Louis, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles, Toulon, La Seyne, Avignon, Valréas - pour les femmes Breil sur Roya, Marseille, Marignane, Port st Louis, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles, Toulon, La Seyne sur mer, Avignon, Valréas et Bédarrides
3.1.2 - Préciser les différents besoins de santé, pour chacun des publics, en termes de prévention et de soins	Harmoniser le recueil de données sociales et médicales renseigné par les Permanences d'accès aux soins (PASS) de la région et en assurer l'exploitation à des fins d'analyse des besoins et de veille.	A engager dans la première période du schéma, pour chaque PASS
3.1.2	Exploiter les données recueillies par les UCSA pour identifier les besoins de santé des personnes détenues	Dans la première période du schéma pour chaque UCSA (Aix, Arles-Tarascon, Avignon, Digne, Draguignan, Gap, Grasse, Marseille, Nice, Salon, et Toulon).
3.1.4 - Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques et favoriser le travail en réseau (santé environnement, ville, transports, éducation, culture, emploi, logement…)	Mettre en œuvre une démarche territoriale de promotion de la santé, associant la population, les élus et l'ensemble des institutions concernées dans un travail intersectoriel. Soutenir l'activité des Ateliers Santé Ville, ou des démarches similaires, définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir pour certains à des contrats locaux de santé	Dans la première période du schéma, sur les territoires les plus vulnérables à l'échelle des cantons regroupés : Accompagnement à poursuivre à Nice, à Arles, à Marseille avec la prévision d'un CLS 2, un CLS intercommunal à Martigues-Port de Bouc, à envisager à Port st Louis et Arles A développer ou à préciser dans la première période du schéma à Tende, Breil sur Roya, dans le sud-ouest des Alpes de Haute

	Cette approche devra s'inscrire dans la durée, être coordonnée par les institutions partenaires et s'appuyer sur une animation territoriale. Elle visera des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie). Elle serait déclinée pour chacun des partenaires au niveau de mise en œuvre qui est le sien. Pour certains, elle pourra aboutir à la définition d'un CLS.	Provence et l'extrême ouest des Hautes Alpes, Le Luc, Brignoles, Toulon/La Seyne sur Mer, Avignon, Orange, Bédarrides, Valréas, Bollène Dans la première période du schéma, soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV
3.1.4	Accroître d'au moins deux par année le nombre de villes actives PNNS de la région d'ici 2016.	Dans la première période du schéma, accentuer la démarche pour l'obtention du label PNNS auprès des villes et autres collectivités
3.1.5 - Améliorer l'accès à la prévention et aux soins (public en difficulté d'accès à la santé)	D'ici 2016, réduire l'écart de mortalité par cardiopathie ischémique qui était de 2,5 entre les ouvriers et les cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA -1991-2005) chez les hommes.	Les actions viseront les facteurs de risque : consommation de tabac, alimentation sur les territoires à l'échelle des cantons regroupés les plus vulnérables et présentant une surmortalité significative (Aubagne, Port st Louis, Istres, Martigues, Tende)
3.1.5	Réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus démunis.	Il s'agit de généraliser la pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes en sachant qu'une mesure CNAMTS prévoit la prise en charge des médicaments de sevrage du tabac à hauteur de 150 € pour les bénéficiaires de la CMUC et les femmes enceintes. Dans la première période du schéma à Marseille, Salon, Toulon-Hyères, Nice, Avignon, Fréjus Dans la deuxième période du schéma à Apt, Cavaillon, Carpentras, Orange, Arles, Martigues
3.1.5	Mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie	Dans la première période du schéma dans tous les établissements pénitentiaires (Aix, Arles-Tarascon, Avignon, Digne, Draguignan, Gap, Grasse, Marseille, Nice, Salon, et Toulon). Etude des modalités de mise en place de la consultation de sortie pour les personnes condamnées. Généralisation de cette consultation. Recensement des structures d'accueil et d'hébergement
3.1.5	Améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention. Améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention	Dans la première période du schéma dans tous les établissements pénitentiaires (Aix, Arles-Tarascon, Avignon, Digne, Draguignan, Gap, Grasse, Marseille, Nice, Salon, et Toulon) Etat des lieux sur les pratiques de dépistage durant la détention et à la sortie
3.1.5	Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 ans dans les territoires repérés vulnérables pour atteindre un taux de participation de 45% (sur la base d'un taux actuel de 30% à Marseille qui est un territoire repéré comme socialement très vulnérable)	Dans la première période du schéma, à l'échelle des ex-territoires de proximité du PRSP : Nice, Marseille, Arles, Martigues, Toulon, Apt, Avignon, Cavaillon, Orange et avec un effort accru sur le canton regroupé de Carpentras qui présente une surmortalité significative par cancer du sein

		Des actions ont déjà été entreprises dans la région et seront à compléter ou renforcer pour les publics résidant dans ces territoires - formation de professionnels relais, après bonne identification des relais exerçant auprès de cette population cible (ex : CCAS, collectivités territoriales, ASV) en se servant de la « boite à outils des dépistages des cancers en région PACA » - identification de groupes déjà existants où il serait possible d'intervenir sur la prévention, la santé, pour aboutir au dépistage (ex. action dans les groupes d'alphabétisation pour les migrants primo arrivant avec l'outil « Magnet-santé » élaboré par le CRES avec les structures de gestion). Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS
3.1.5	Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage systématique des cancers : renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès des personnes en situation de handicap au dépistage des cancers Ex : Actions menées par le réseau des CRES/ CODES dont il faut assurer le suivi et le relais	Dans la première période du schéma sur tous les territoires Développer une formation de professionnels relais dans les établissements accueillant des handicapés adultes (exemple: actions menées pendant 2 ans par le réseau CRES/ Codes et le CREAI) Dans l'objectif de couvrir tous les établissements concernés à échéance du schéma.
3.1.5	Augmenter de 50% la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 an, y compris pour les personnes handicapés adultes à domicile	Dans la première période du schéma sur tous les territoires Développer une action auprès des médecins traitants
3.1.5	Augmenter la participation au DO du cancer colorectal	Dans la première période du schéma sur tous les territoires Il sera nécessaire de s'appuyer sur une étude des faibles taux de réponse au dépistage organisé, par territoire avec une attention particulière sur les zones à forte proportion de personnes en situation précaire et/ou isolées. Une sensibilisation particulière du corps médical, et notamment du médecin traitant qui distribue les tests, sera sans doute à envisager, à l'image de l'opération déployée par la CNAMTS visant à mieux impliquer les médecins traitants dans les programmes de dépistage qui a été réalisée à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal.
3.1.5	Améliorer la détection précoce des cancers de la peau et en particulier du mélanome.	Une attention particulière sera apportée à certaines populations particulièrement exposées (agriculteurs, travailleurs du bâtiment…) Dans la première période du schéma, tous les territoires sont concernés

3.1.5	Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de statut socio-économique (SSE) faible et de SSE élevé sachant que les valeurs actuelles sont les suivantes : - SSE faible 45% de surpoids ou d'obésité - SSE élevé 31% de surpoids ou d'obésité.	* Dans la première période du schéma, les sites en CUCS et en priorité Nice, Marseille, Port St Louis, Martigues, La Seyne sur mer et Avignon devront faire l'objet d'actions spécifiques (à confronter à une analyse locale plus précise), par exemple : - développement de jardins familiaux collectifs - amélioration de l'accessibilité à des aliments de bonne qualité nutritionnelle en liaison avec le PNA (DRAAF) * Dans la première période du schéma, sur tous les territoires : Poursuivre la formation des personnes qui distribuent l'aide alimentaire pour que les personnes en situation précaire s'approprient les préconisations du PNNS.
3.1.5	Prévenir les violences faites aux femmes	Dans la première période du schéma dans tous les territoires
3.1.6 - Soutenir les actions en faveur de l'accès aux droits et lutter contre les refus de soins (droit à la "non discrimination")	Prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison en s'assurant de la continuité de la perception des droits sociaux relevant des CG (AAH, APA, PCH, RSA)	Dans la première période du schéma dans tous les établissements pénitentiaires (Aix, Arles-Tarascon, Avignon, Digne, Draguignan, Gap, Grasse, Marseille, Nice, Salon, et Toulon)
3.1.6	Accroître en 5 ans le taux actuel de recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (qui est de 25%) à 35%.	Dans la première période du schéma sur tous les territoires
3.1.	Faire appliquer la réglementation relative aux refus de soins en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins.	Dans la première période du schéma sur tous les territoires
3.	Faire appliquer la réglementation relative aux dépassements d'honoraires (Art. 54 de la Loi HPST) en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins.	Dans la première période du schéma sur tous les territoires
3.1.6	Diffuser une charte sur les droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUC (dans la continuité d'un travail entrepris dans le cadre du PRAPS III)	Dans la première période du schéma sur tous les territoires
3.1.7 - Rendre effective l'accessibilité aux équipements et services, favoriser la mobilité (mesures d'accessibilités physiques, accompagnement dans les dispositifs de soins…)	Atteindre 45% de participation à l'examen bucco-dentaire (EBD) gratuit à 6 ans et 12 ans. Mettre en œuvre les préconisations de l'étude qualitative effectuée en 2010 sur le recours à l'EBD.	Dans la première période du schéma ➢ Communiquer de manière adaptée sur l'invitation à l'EBD à la fois sur la forme (intelligibilité du message) et le fond : valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaires et sociales) en visant plus spécifiquement les mères ➢ Mettre en avant la nécessité d'associer l'hygiène dentaire et le contrôle médical pour assurer une prévention efficace.

3.1.7	Favoriser l'accès aux soins psychiatriques, aux soins dentaires et favoriser la continuité des soins pour les personnes « sans chez soi »	SROS (cf. appel à projets consultation dentaire PASS 2010) Dans la première période du schéma, créer ; ➢ une consultation dentaire PASS à Gap, Brignoles, Martigues, Arles, Salon ➢ une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) à Nice et à Avignon
3.1.7	Favoriser l'accessibilité aux droits et aux soins	SROS Dans la première période du schéma sur tous les territoires avec une PASS, mettre en œuvre les préconisations de l'enquête régionale relative au fonctionnement des PASS (2009)
3.1.7	Analyser les besoins pour développer des PASS de psychiatrie	SROS Digne, Gap, Nice, Cannes-Grasse, Marseille, Arles, Draguignan, Avignon
3.1.7	Accompagner les publics ayant des difficultés à accéder au dépistage et aux soins	Dans la première période du schéma sur les territoires de : Digne, Manosque, Gap, Briançon, Nice, Cannes-Grasse, Marseille, Aix, Salon, Martigues, Arles, Aubagne-La Ciotat, Avignon, Carpentras, Orange, Fréjus, Toulon, Brignoles Accompagner physiquement les publics les plus en difficulté à partir des dispositifs d'urgence sociale et des CHRS. Pour lever les freins culturels, le recours à des actions de médiation peut être approprié dans ce cadre, tout particulièrement pour les personnes migrantes. Il devra se prolonger par des relais sur les quartiers concernés
3.1.8 - Encourager la complémentarité entre les institutions, services et professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatif, insertion professionnelle	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.	Dans la première partie du schéma sur les territoires de Nice (en renforcement), Marseille, Avignon, Toulon, Accompagner et soutenir l'émergence de dispositifs entre institutions, associations et professionnels de santé pour favoriser l'inscription des personnes concernées dans un parcours de soins.
3.1.8	Développer des actions intersectorielles à même de prendre en compte les déterminants des inégalités de santé (état des logements, réussite scolaire, santé au travail, environnement, …).	Il s'agira de définir un dispositif conventionnel, équivalent à la convention passée avec la DRJSCS, avec les institutions dont les missions sont à même de contribuer à agir sur les déterminants ou les conséquences des inégalités sociales de santé (Education Nationale, Conseils Généraux, ...) et de coordonner les actions en s'appuyant sur la commission de coordination des politiques publiques de santé en prévention. Dans la première période du schéma, dans les cantons regroupés de Marseille, Martigues, Arles, Port St Louis, Nice, Cannes, Dans la deuxième partie du schéma, dans les cantons regroupés de

		Brignoles, Toulon, La Seyne sur Mer, Avignon, Orange
3.1.9 bis - Renforcer les stratégies d'engagement favorables à la santé	Développer les compétences psycho-sociales pour les personnes hébergées en CHRS: développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) aux personnes les plus démunies.	Dans la première période du schéma, sur les territoires de Marseille, Avignon, Toulon et Nice Dans la deuxième période dans les territoires de proximité de Digne, Manosque, Gap, Briançon, Cannes-Grasse, Aix, Salon, Martigues, Arles, Fréjus, Brignoles, Carpentras, Orange
3.1.9	Développer des programmes de développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire (ex. PRODAS tel qu'il est expérimenté à Marseille notamment dans les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai).	Dans la première période du schéma à Marseille dans les territoires en CUCS
3.1.9	En lien avec le développement de prévention-promotion de la santé dans les territoires les plus vulnérables, promouvoir la participation des habitants à l'élaboration de politiques locales de santé (en termes d'attente, de besoins et d'implication). Cette démarche pourra être constitutive de la création d'un réseau de santé communautaire.	Dans la première période du schéma, à Marseille et dans les autres villes bénéficiant d'un ASV (Digne, Nice, Cannes, Grasse, Antibes, Marseille, Arles, Martigues, Salon, La Seyne sur Mer, Dans la deuxième période du schéma où un ASV serait souhaitable: Manosque, Toulon, Avignon, Orange

Domaine stratégique : PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET PERSONNES AGEES		
OBJECTIFS GENERAUX du PSRS	**OBJECTIFS SPECIFIQUES du SRP - VOLET PPS**	**MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES**
3.2.5 - Renforcer l'offre de Prévention à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, dans les établissements et services médico-sociaux	**PA** - Sensibiliser les établissements et services médico-sociaux à la prise en compte de la prévention dans leurs missions	A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PA et à prendre en charge par les établissements
3.2.5-	**PH** - Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage systématique des cancers Renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès au dépistage organisé des cancers pour les personnes en situation de handicap (exemple ; actions menées par le réseau des CRES/CODES dont il faut assurer le suivi et le relais)	Dans la première période du schéma sur tous les territoires Développer une formation de professionnels relais dans les établissements accueillant des handicapés adultes. A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PH adulte et à prendre en charge progressivement par les établissements
	PH - Développer auprès des personnes en situation de handicap des actions d'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH	A développer en partenariat avec les établissements et services médico-sociaux, tous les territoires sont concernés

	PA - Réduire les chutes : Actions auprès des personnes et des aidants	Dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans : Dans la première période du schéma : Digne, Nice, Menton, Cannes, Grasse, Marseille, Toulon-Hyères, Avignon Dans la deuxième période : Manosque, Gap, Briançon, Antibes, Aubagne-La Ciotat, Aix en Pce, Martigues, Salon, Arles, Draguignan, Brignoles, Fréjus, St Raphael, Carpentras, Orange-Valréas
3.2.6	**PA** - Réduire les chutes : Sensibiliser les médecins et les personnes à l'importance du dépistage de l'ostéoporose	Partenariat avec URPS et assurance maladie
3.2.6	**PA** - Réduire les chutes : Sensibiliser les partenaires pour l'aménagement des logements, accessibilité de l'espace public (caisses de retraite, communes), avec une attention particulière pour les territoires avec des populations précaires et/ou en zone rurale	Tous les territoires Partenariat avec les collectivités
3.2.6	**PA** - Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition . lutter contre l'inactivité physique . promouvoir une alimentation adaptée en sensibilisant les collectivités à une politique urbaine favorisant la lutte contre la sédentarité (trottoirs, espaces de vie) et l'accessibilité aux produits de base (maintien de commerces ou marchés de proximité ou commerces ambulants)	Tous les territoires Partenariat avec les collectivités
3.2.6	**PA** - Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition en développant des actions auprès des personnes et des aidants	Dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans : Dans la première période du schéma : Digne, Nice, Menton, Cannes, Grasse, Marseille, Toulon-Hyères, Avignon
3.2.6	**PA** - Préserver les capacités mnésiques, développer des ateliers mémoire	Dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans Dans la première période du schéma : Digne, Nice, Menton, Cannes, Grasse, Marseille, Toulon-Hyères, Avignon Dans la deuxième période : Manosque, Gap, Briançon, Antibes, Aubagne-La Ciotat, Aix en Pce, Martigues, Salon, Arles, Draguignan, Brignoles, Fréjus, St Raphael,

		Carpentras, Orange-Valréas
3.2.6	**PA** - Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse sensibiliser les professionnels de santé (médecins et pharmaciens) en partenariat avec l'assurance maladie sensibiliser les personnes (exemple la communication sur les antibiotiques), en partenariat avec l'assurance maladie	Partenariat avec assurance maladie et URPS
3.2.12 – Renforcer la formation des médecins généralistes de ville pour la prise en charge des personnes en situation de handicap	**PH** -Former les professionnels de santé, notamment les médecins et les chirurgiens dentistes, aux spécificités du handicap (adaptation des consultations, accueil et écoute des publics)	Tous les territoires Partenariat avec les URPS et les conseils de l'ordre
3.2.13 – Promouvoir l'application des recommandations des bonnes pratiques (HAS…)	**PH** -Favoriser le développement des actions de prévention en les intégrant aux missions des établissements et services et le cas échéant à leurs budgets	A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PH adulte et enfants et à prendre en charge par les établissements

Domaine stratégique : PERINATALITE ET PETITE ENFANCE		
OBJECTIFS GENERAUX DU PSRS	**OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP – VOLET PPS**	**MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES**
3.4.1 - Renforcer la connaissance épidémiologique sur le développement des enfants et particulièrement des nouveau-nés vulnérables en lien avec les données du suivi de grossesse	Réaliser tous les deux ans une exploitation d'un échantillon des premiers bilans de santé en maternelle réalisés sur la base d'EVALMATER	A engager dans la première période du schéma Il faudra au préalable s'assurer de l'harmonisation de l'utilisation de cet outil entre les services de PMI de la Région. Tous les territoires sont concernés
3.4.1	Assurer l'exploitation des données recueillies lors de l'établissement des certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois pour chacun des départements de la région et au niveau le plus fin.	A engager dans la première période du schéma En partenariat avec le conseil général Il sera notamment ainsi possible de disposer d'un taux de prématurités et d'un taux d'enfants hypotrophiques à la naissance au moins par cantons regroupés, données actuellement non disponibles. Tous les territoires sont concernés
3.4.1	Décrire l'impact des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur) sur la santé des enfants. Etude prévue en fin d'année 2011 à Marseille.	A engager dans la première période du schéma à Marseille En fonction des résultats de l'étude, étendre ensuite à d'autres territoires exposés

	.	
3.4.1	Décrire les écarts de surpoids et d'obésité à 5-6 ans entre les différents territoires de la région Engager des échanges avec le Rectorat de Nice, en vue d'établir une convention similaire à celle signée avec le Rectorat d'Aix Marseille en 2010. Cette convention prévoit l'exploitation annuelle des données biométriques des bilans de santé de la très grande majorité des enfants de grande section de maternelle, afin de dresser une cartographie des IMC par écoles et/ou autre territoire géographique pertinent. L'objectif est de pouvoir adapter les mesures en matière d'éducation pour la santé et plus spécifiquement les actions « nutrition » au plus près des caractéristiques des enfants et des familles concernées.	A engager dans la première période du schéma sur tous les territoires des deux acadamies
3.4.4- **Améliorer, pour les populations vulnérables, les modalités d'accès effectives des familles et en particulier des femmes à :** **- la promotion de la santé et à l'éducation à la santé** **- au suivi de la grossesse, à l'AMP, à la contraception et à l'IVG et mieux cibler l'offre de prévention**	Réduire les grossesses non désirées chez les mineures.	Systématiser dans les 5 ans la réalisation de programmes d'éducation à la sexualité auprès des jeunes dans les établissements scolaires situés dans les territoires les plus vulnérables (sites CUCS) et dans l'ensemble des dispositifs accueillant des jeunes (ZEP, RAR, établissements agricoles, CFA, jeunes en formation) Ces programmes devront intégrer en particulier des éléments portant notamment sur la contraception, la prévention des IST et de l'infection à VIH, la lutte contre l'homophobie et la prévention des violences de genres. Développer des actions appropriées de sensibilisation/formation auprès des professionnels concernés (Tous les territoires sont concernés)
3.4.4	Prévenir les risques de conduites addictives chez les femmes enceintes	A engager dans la première période du schéma Promouvoir le sevrage tabagique pendant la grossesse (prises en charge des traitements à hauteur de 150 € par l'Assurance-maladie pour les femmes enceintes). Des mesures spécifiques sont à prévoir à l'égard des femmes usagères de d'alcool. et de drogues (incluant prévention VIH - cf. plan national SIDA) en partenariat avec la PMI et les maternités. Tous les territoires sont concernés

3.4.4	Garantir une alimentation suffisante et équilibrée pendant la grossesse et pendant la petite enfance	A engager dans la première période du schéma Développer des ateliers puériculture, nutrition dans les structures sociales accueillant des femmes en situation de vulnérabilité socio-économique. A engager dans la première période du schéma dans les communes en tenant compte du nombre et de la proportion d'enfants vivant dans des familles à bas revenus : Riez, Cannes, Nice, Port de Bouc, Marseille, Arles, Stes Maries de la mer, Tarascon, Port st Louis, la Seyne sur mer, Toulon, Brignoles, Avignon, Orange, Carpentras, Bollene, Apt
3.4.4	Favoriser l'allaitement maternel	A engager dans la première période du schéma En partenariat avec la PMI et les maternités Tous les territoires sont concernés
3.4.5 Renforcer et coordonner les offres de prévention et de dépistage précoce en direction de la petite enfance, en lien avec les PMI, les CAMSP et la santé scolaire, concernant notamment : *** le surpoids et l'obésité** *** les troubles sensoriels (audition, vision)** *** les troubles du langage** *** les troubles envahissants du développement** *** les vaccinations**	Protéger les populations vulnérables, en particulier les enfants, des conséquences majeures des expositions précoces (substances chimiques en particulier) en terme de handicap ou d'autres pathologies lourdes, chroniques ou à long terme.	A développer en fonction des résultats de l'étude A développer en fonction des résultats de l'étude d'impact, citée à l'objectif 3.4.1, des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales, prévue à Marseille
3.4.5-	Développer les programmes d'intervention précoce pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité (agir sur le développement somatique, moteur, du langage, cognitif et social)	
3.4.5:	➢ Simplifier les démarches administratives et la transmission des informations, trop souvent sur supports écrits confiés aux familles.	A engager dans la première période du schéma sur les territoires de Marseille, Port de Bouc, Arles, Avignon, La Seyne sur mer, Toulon, Bollene A engager dans la deuxième période du schéma pour les autres territoires
3.4.5	➢ Inscrire un axe petite enfance dans le volet santé des CUCS ainsi que dans les ASV.	Tous les sites en CUCS
3.4.5	➢ Renforcer l'accès des enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité aux dispositifs de droit commun pour la prévention	Dans la première période du schéma Le développement de coordinations petite enfance

	et le dépistage.	sur ces territoires est particulièrement à soutenir. la PMI a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations, de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans. territoires concernés : tous les sites CUCS et la zone rurale du sud des Alpes de Haute Provence, et les zones rurales de Brignoles et Draguignan
3.4.5	➢ Améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3/4 ans et 5/6 ans)	Dans la première période du schéma Le développement de coordinations petite enfance sur ces territoires est particulièrement à soutenir. la PMI a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations, de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans. territoires concernés : Marseille, Marignane, Port De Bouc, Avignon, La Seyne sur mer, Arles, Toulon, Bollene, Orange, Nice, Cannes, Brignoles et zones rurales Draguignan rural, Carpentras, Apt, Manoque et zone rurale, Arles et Ste Marie de la mer
3.4.5	➢ Favoriser l'accès, pour les populations défavorisées, au dispositif de l'examen bucco-dentaire de prévention systématique à 6 ans pris en charge à 100 %, ainsi que les soins nécessaires, en partenariat avec les caisses d'assurance maladie.	Tous les territoires en sont concernés A pondérer en fonction des données de l'Assurance-Maladie. ➢ Communiquer de manière adaptée sur l'invitation à l'EBD à la fois sur la forme (intelligibilité du message) et le fond : valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaires et sociales) en visant plus spécifiquement les mères ➢ Mettre en avant la nécessité d'associer l'hygiène dentaire et le contrôle médical pour assurer une prévention efficace.
3.4.5	➢ Soutenir et/ou impulser la mise en place d'actions qui favorisent l'acquisition de facteurs de protection et de compétences psychosociales. Ex PRODAS tel qu'il est développé dans certaines écoles du centre ville de Marseille :	A engager dans la première période du schéma dans les territoires CUCS de Marseille Partenariat étroit avec l'Education Nationale et le GIP CUCS Marseille et en s'assurant que les conditions permettant l'inscription de ces actions sont remplies au sein de l'EN
3.4.5	➢ Développer un programme spécifique de prévention du surpoids et de l'obésité dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé	A engager dans la première période du schéma dans les villes combinant un taux élevé de pauvreté infantile et un effectif important d'enfants

		appartenant à des familles à bas revenus (données DROS). Port De Bouc, Marseille, Avignon, La Seyne Sur Mer, Arles, Toulon, Bollene, Orange, Nice, Cannes, Brignoles, Carpentras, Apt
3.4.5	➢ Promouvoir des actions d'éducation pour la santé en ZEP, visant à acquérir une bonne hygiène dentaire et une meilleure alimentation suffisante et équilibrée et une activité physique adaptée	A engager dans la première période du schéma Port De Bouc, Marseille, Avignon, La Seyne Sur Mer, Arles, Toulon, Bollene, Orange, Nice, Cannes, Brignoles, Carpentras, Apt
3.4.5	➢ Mobiliser les moyens d'investigation qui permettent d'identifier et d'agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés, notamment pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...).	A engager dans la première période du schéma Port De Bouc, Marseille, Avignon, La Seyne Sur Mer, Arles, Toulon, Bollene, Orange, Nice, Cannes, Brignoles, Carpentras, Apt
3.4.5	➢ Améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national	A engager dans la première période du schéma La cible nationale à atteindre pour la rougeole à 24 mois est 95% des enfants ayant reçu une première dose et 80% ayant reçu une deuxième dose Tous les territoires en sont concernés
3.4.5	Prévenir les accidents de la vie courante	Tous les territoires en sont concernés

Domaine stratégique : MALADIES CHRONIQUES		
OBJECTIFS GENERAUX du PSRS	**OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP – VOLET PPS**	**MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES**
3.5.1 - Renforcer la déclinaison territoriale des actions de prévention des facteurs de risques des maladies chroniques et favoriser l'accès aux dépistages dans les territoires défavorisés	Réduire les inégalités territoriales de santé en garantissant un accès à la prévention en agissant sur les déterminants	Développer les priorités du domaine maladie chronique (diabète, maladies respiratoires, obésité, VIH-SIDA, maladies cardio-vasculaires, affections psychiatriques) sur les territoires concernés
3.5.2 - Lutter contre les facteurs de risque comportementaux et environnementaux **Les maladies chroniques les plus fréquentes sont fortement conditionnées par les déterminants comportementaux : nutrition et activité physique, tabac, alcool. Les actions d'éducation pour la santé doivent être renforcées en conséquence**	Réduire en 5 ans, dans la population générale, d'au moins 25% la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes et chez les femmes Prévalence PACA hommes de 28% en 2005 et Prévalence PACA femmes de 27% en 2005 INPES/Baromètre Santé PACA	Tous les territoires et en priorité les populations vulnérables
3.5.2	Réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans Prévalence nationale du tabagisme chez la femme de cet âge de 29,9% en 2010 ESCAPAD PACA	Tous les Territoires

3.5.2	Réduire en 5 ans de 20% au moins le pourcentage de garçons et de filles déclarant un usage quotidien de tabac (>1cg/l) Pourcentage de garçons de 17 ans déclarant un usage quotidien de tabac= 30 et chez les filles=28 ESCAPAD PACA 2008	Tous les Territoires
3.5.2	Réduire de 20% au moins la prévalence du tabagisme quotidien chez les chômeurs de 18 à 65 ans Prévalence de 45% en 2005 et de 49,6% en 2010 iNPES/Baromètre de santé	Les actions viseront les quatre territoires présentant une surmortalité significative par cardiopathies ischémiques et par ailleurs très vulnérables : Aubagne, Port-Saint-Louis du Rhône, Istres et Tende.
3.5.2	Réduire au moins de 10% en 5 ans la consommation déclarée quotidienne d'alcool chez les personnes de 18 à 75 ans En 2008 23% chez les hommes et 11% chez les femmes ESCAPAD PACA	Tous les territoires
3.5.2	Diminuer de 20% la consommation régulière d'alcool (+10 fois/par mois) chez les jeunes de 17 ans Chez les garçons=11% et chez les filles=4% ESCAPAD PACA 2008	Tous les territoires
3.5.2	Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité : augmenter chez les adultes en 5 ans la proportion de personnes situées dans la classe d'activités physiques élevées de 20% au moins chez les hommes et de 25% au moins chez les femmes Classes élevées Hommes=52,1%Femmes=36,6% Baromètre santé nutrition PACA2008	Tous les territoires
3.5.2	Passer de 12,6% à 20% en 5 ans la proportion d'adultes ayant déclaré avoir consommé des fruits ou légumes au moins 5 fois la veille de l'enquête	Tous les territoires
3.5.2	Réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité alimentaire quantitative 2008 3,1% Baromètre santé nutrition PACA	Territoires en CUCS et en priorité ceux qui sont identifiés comme les plus vulnérables Manosque, Nice, St André de la Roche, La Trinité, Arles, Aubagne, Istres, Marignane, Marseille, Martigues, Miramas, Port de Bouc, Port st Louis, Salon, Tarascon, Vitrolles, Brignoles, Fréjus, Le Luc, La Seyne, Toulon, Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon, Le Pontet, Sorgues

3.5.3 - Informer et sensibiliser le public et les professionnels de santé (notamment sur les maladies rares) Informer sur les maladies, les facteurs de risque, la prévention et le dépistage précoce.	Mettre en place un dispositif d'informations du public sur les maladies chroniques au niveau des territoires de proximité en s'appuyant sur les associations de malades et sur une organisation de type réseau	tous les territoires, selon la disponibilité de ressources locales
3.5.4 - Améliorer le taux de couverture vaccinale pour la part de ces maladies chroniques liées à un agent infectieux particulier (hépatites, herpès, VIH…)	Promouvoir la vaccination contre le VHB : Atteindre chez les enfants de 24 mois une couverture vaccinale de 80% pour la primo vaccination complète par le vaccin de l'Hépatite B Indicateur à rajouter dans l'enquête de l'EN réalisée en classe de seconde ou de troisième 3ème	tous les territoires
3.5.4	Promouvoir la vaccination contre HPV **:** Améliorer d'ici 5 ans, chez les jeunes filles âgées de 15 ans la couverture vaccinale contre les papillomavirus	tous les territoires
3.5.5 - Améliorer le dépistage * Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers * Favoriser le dépistage d'autres maladies chroniques (broncho-pneumopathie chronique obstructive, dépistage opportuniste du diabète…)	Améliorer le taux de dépistage du cancer colo rectal de 33,23% à 50% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans	tous les territoires
3.5.5	Améliorer le taux de dépistage du cancer du sein de 46% à 65% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans	tous les territoires
3.5.5	Améliorer la détection précoce de la BPCO Nombre d'ALD pour BPCO	tous les territoires
3.5.5	Améliorer le dépistage du diabète de type 2	tous les territoires
3.5.5	Améliorer le dépistage du VIH et des hépatites	tous les territoires
3.5.7 - Faciliter le parcours de soins des patients atteints de maladie chronique en améliorant la coordination des acteurs	Expérimenter un modèle territorial d'animation et de coordination du parcours de santé ➢ Diagnostic des besoins et des ressources dans le champ sanitaire et social ➢ Constitution d'une coordination locale de professionnels, articulée avec le niveau de spécialités de recours et de référence ➢ Structuration de la prise en charge globale du patient en simplifiant le parcours, en proposant un point d'entrée unique pour les patients, les familles et les professionnels (cf. détail dans la partie « maladies chroniques » du document préparatoire analyse par domaine stratégique).	Territoires à définir pour l'expérimentation

3.5.9 - Développer la prise en charge médico-sociale des personnes atteintes de maladies chroniques en perte d'autonomie	Dépister la perte d'autonomie	Tous les territoires
3.5.9	Prendre en considération cette dimension dans le parcours de soins sans oublier la réadaptation	Tous les territoires
3.5.9	Faire bénéficier le patient des aides nécessaires	Cantons regroupés vulnérables
3.5.10 - Assurer l'articulation avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé pour renforcer la prise en charge des conséquences sociales de ces maladies (isolement, conséquences financières, réinsertion professionnelle	Favoriser l'accès aux aides sociales	Cantons regroupés vulnérables
3.5.10	Soutenir une politique de maintien dans l'emploi (partenariat)	Tous les territoires
3.5.10	Favoriser le maintien du patient dans son milieu de vie habituel	Tous les territoires
3.5.10	Mener une politique d'animation et d'accompagnement des malades et de leur famille	Tous les territoires
3.5.10	Identifier et animer les lieux de rencontre en proximité	Territoires à déterminer
3.5.10	Promouvoir la formation des aidants quand nécessaire	Tous les territoires
3.5.10	Intégrer si besoin les aidants dans les programmes d'éducation thérapeutique	Tous les territoires
3.5.11 - Développer l'accompagnement et l'éducation thérapeutique pour rendre les patients autonomes	Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique réalisé majoritairement en ambulatoire en assurant un maillage territorial sur des pathologies prioritaires : diabète, maladies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires, insuffisance rénale chronique, VIH-SIDA, troubles psychotiques, obésité tout en intégrant des personnes vulnérables sans oublier la population pénitentiaire.	
3.5.11	➢ Diabète ➢ Maladies Cardio vasculaires ➢ Pathologies respiratoires ➢ Obésité	Département des Alpes de Haute Provence : 2 territoires Digne et Manosque L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats pourront être recherchés entre les 2 territoires. Digne • Financer le programme Diabète autorisé sur CH Digne/Les Mées après bilan d'activité évaluatif • Développer un programme d'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer un programme d'ETP sur les pathologies respiratoires (BPCO et asthme) avec 50

		forfaits • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Développer l'éducation thérapeutique sur la maison de santé pluridisciplinaire en projet sur Castellane sur les thématiques décrites ci dessus • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Manosque • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires, pour diabète et pour pathologies respiratoires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits d'ici 5 ans • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
3.5.11	➢ Diabète et Pathologies respiratoires sur Gap ➢ Maladies Cardio vasculaires ➢ Obésité	Département des Hautes Alpes : 2 territoires Gap et Briançon L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats pourront être recherchés entre les 2 territoires. Gap • Développer l'ETP avec au moins 50 forfaits pour le Diabète et 50 forfaits pour les maladies respiratoires • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Briançon • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits

		• Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons de santé pluridisciplinaires en projet sur Aiguilles et L'argentière sur les thématiques décrites ci dessus • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
3.5.11	➢ Diabète ➢ Maladies Cardio vasculaires ➢ Pathologies respiratoires ➢ Obésité ➢ Troubles psychotiques	Département des Alpes Maritimes : 4 territoires Nice, Menton, Cannes/Grasse et Antibes L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats devront être recherchés entre les territoires et le développement devra s'appuyer fortement sur le CHU de Nice qui dispose d'un financement MIG. Menton • Développer un programme d'éducation thérapeutique (50 forfaits) pour le diabète au niveau de Menton (partenariat avec le CHU de Nice à rechercher)et sur le Haut Pays • Développer l'ETP pour obésité notamment sur Menton (50 forfaits)et sur le Haut Pays (en s'appuyant si possible sur le CHU de Nice et sur les maisons de santé pluridisciplinaires en projet) • Développer un programme pour BPCO et Asthme (50 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires sur Menton et sur le Haut Pays • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Nice • Développer au moins un programme pour les patients psychotiques en s'appuyant sur le CHU de Nice • Développer des programmes sur l'ensemble des pathologies prioritaires en s'appuyant sur le CHU de Nice qui devra établir des liens avec les autres territoires pour assurer un maillage en éducation thérapeutique au sein du département • Développer l'éducation thérapeutique sur les

		maisons de santé pluridisciplinaire en projet sur Roquebillière, Roquesteron, et Puget Theiner en ciblant les pathologies prioritaires. • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Cannes/Grasse • Financer le programme d'ETP autorisé sur le CH Cannes pour BPCO après bilan évaluatif • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Antibes • Développer un programme pour BPCO et Asthme (80 forfaits d'ici 5 ans) • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires et pour obésité • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche
3.5.11	• Diabète • Maladies Cardio vasculaires • Pathologies respiratoires • VIH-SIDA • I Rénale Chronique • Troubles psychotiques	Département des Bouches du Rhône : 6 territoires Marseille, Martigues, Aix, Salon, Arles, Aubagne/La Ciotat L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire Marseille • Financer le programme ETP autorisé pour pathologies respiratoires sur le St Joseph après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (100 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (800 forfaits) d'ici 5 ans • Soutenir auprès de l'Assurance maladie la pertinence du financement de la Fédération des réseaux de Marseille (VIH-SIDA) • Développer au moins un programme d'éducation

		thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Martigues S'appuyer fortement sur le CH de Martigues qui dispose d'une MIG • -Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (adulte)(80 forfaits) d'ici 5 ans • -Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 à 80 forfaits) • -Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique • -Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans (moins prioritaire) • -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Aix • -Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) et pour pathologies respiratoires (100 forfaits) d'ici 5 ans • -Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 forfaits) • -Développer un programme d'éducation thérapeutique VIH/SIDA sur le territoire d'Aix (50 forfaits) • -Développer d'ici 5 ans au moins50 forfaits supplémentaires d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique • -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire

		• -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Salon • Développer un programme diabète sur le territoire déficitaire de Salon (cible 50 forfaits d'ici 5 ans) • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires • (80 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 forfaits) • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Arles • S'appuyer sur le CH d'Arles qui dispose d'une MIG • Ouvrir le programme Diabète autorisé sur le CH Arles à l'ambulatoire (50 forfaits) • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (80 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 150 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire(50 forfaits) • Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Aubagne/La Ciotat • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires sur Aubagne/La Ciotat avec mise en place de 50 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires

		(150 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour obésité sur Aubagne/La Ciotat (50 forfaits) d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits supplémentaires d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique sur Aubagne/La Ciotat • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
3.5.11	• Diabète • VIH • Maladies cardio vasculaires • Pathologies respiratoires • Obésité • Troubles psychotiques	Département du Var : 4 territoires Toulon/Hyères, Draguignan, Fréjus St Raphael, Brignoles L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire Toulon/Hyères S'appuyer sur le CH de Toulon qui dispose d'une MIG • Ouvrir en ambulatoire le programme ETP obésité autorisé sur le CH de Toulon • Développer d'ici 5 ans 400 forfaits supplémentaires d'ETP Diabète de l'adulte en s'appuyant sur le CH de Toulon • Développer l'ETP dans le cadre des maladies respiratoires sur le CH de Toulon (100 forfaits) • Financer le programme obésité autorisé sur la Clinique St Michel en 2012 ou 2013 quand la file active aura augmenté et après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires avec pour cible d'avoir 800 forfaits supplémentaires sur le territoire d'ici 5 ans • Développer un programme d'éducation thérapeutique VIH-SIDA sur le département avec au moins 50 forfaits en s'appuyant sur le CH de Toulon qui dispose de financement • Développer au moins un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques

		• Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Draguignan • Financer le programme obésité autorisé sur le CH de Draguignan après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires et dans le cadre des pathologies respiratoires avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Fréjus St Raphael • Financer le programme ETP Diabète du CH de Fréjus après bilan évaluatif • Développer l'ETP dans le cadre des maladies respiratoires sur Fréjus(100 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires sur Fréjus avec pour cible d'avoir 200 forfaits d'ici 5 ans • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Brignoles • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre du diabète avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'éducation thérapeutique sur la maison de santé pluridisciplinaire en projet à Carcès sur

		une thématique décrite ci-dessus • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
3.5.11	Diabète Maladies Cardio vasculaires Pathologies respiratoires Obésité Troubles psychotiques	Département du Vaucluse : 4 territoires Apt /Cavaillon, Avignon, Orange/Valréas, Carpentras: L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire et s'appuyer sur les établissements de santé disposant d'une MIG non totalement utilisée. Apt/ Cavaillon • -Développer un programme d'ETP sur le diabète, sur les pathologies respiratoires et sur les pathologies cardio vasculaires à partir du CH d'Apt qui a un financement MIG (90 forfaits) • -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative • Avignon • Développer un programme d'ETP sur le diabète , sur les pathologies respiratoires et sur l'obésité à partir du CH d'Avignon qui a un financement MIG • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires • Développer un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative Orange/Valréas • Ouvrir en ambulatoire le programme d'ETP diabète du CH de Valréas d'autant plus que la structure a un financement MIG et développer un partenariat avec le CH d'Orange et Vaison la Romaine • Développer l'ETP pour pathologies respiratoires et pour les pathologies cardio vasculaires en s'appuyant sur le CH de Valréas

		• Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoireà la démarche éducative Carpentras • Développer un programme d'ETP sur le diabète, sur les pathologies respiratoires et sur les pathologies cardio vasculaires à partir du CH de Carpentras qui a un financement MIG • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative
3.5.11	Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires qui sont en projet actuellement.	Castellane, Aiguilles, l'Argentière, Roquebillière, Roquestèron, Puget-Théniers
3.5.11	Favoriser l'intégration des professionnels de santé libéraux (formés à l'éducation thérapeutique) au sein de programmes d'éducation thérapeutique autorisés	Tous les territoires
3.5.11	Développer des coopérations et des partenariats pour assurer le maillage territorial	Tous les territoires
3.5.11	Sensibiliser et former les médecins libéraux à la démarche éducative indispensable pour assurer le continuum avec les programmes d'éducation thérapeutique	Tous les territoires
3.5.11	Faire connaître les programmes autorisés en PACA	Tous les territoires
3.5.11	Inciter les porteurs de programmes à intégrer les associations de patients (ou patient « expert ») dans leur élaboration et leur mise en œuvre.	Sans lien avec le territoire
3.5.11	Promouvoir l'articulation « programmes d'éducation thérapeutique/ accompagnement des patients réalisé par les associations ».	Sans lien avec le territoire
3.5.13 - Favoriser la participation des usagers	Changer les représentations collectives de la maladie chronique et lutter contre les discriminations en modifiant l'image et les représentations de certaines maladies chroniques : offrir une visibilité sociale et assurer une mobilisation collective sur le thème des maladies chroniques	Tous les territoires
3.5.13	Faire connaître, sensibiliser, communiquer sur le sujet	Tous les territoires

Domaine stratégique : SANTE MENTALE ET ADDICTIONS		
OBJECTIFS GENERAUX DU PSRS	**OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP – VOLET PPS**	**MODALITES ET/OU CALENDRIER ENVISAGES**
3.6.1 - Développer et promouvoir les études épidémiologiques et les dispositifs de connaissance en santé mentale en lien avec les travaux existants	Développer les actions de formation des professionnels de santé de proximité et des travailleurs sociaux et les évaluer : faire une cartographie des professionnels de santé de 1er recours ayant bénéficié d'une formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires, à partir de la nouvelle organisation mise en place en PACA	Tous les territoires sont concernés
3.6.3 - Développer au niveau territorial des actions de sensibilisation du grand public sur les troubles de la santé mentale, les maladies mentales et leur prise en charge	Favoriser l'intégration des personnes malades dans la cité : promouvoir dans chaque département la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) actuellement organisée dans les Bouches du Rhône seulement (cf rapport Couty changer le regard de la société)	Nice, Avignon, Digne, Gap, Toulon
3.6.4 - Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement, accessibles dans tous les territoires	Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement	Tous territoires sont concernés et en priorité Nice, Avignon, Digne, Gap, Toulon, Marseille
3.6.4	Développer des instances pour mieux coordonner les différents partenaires impliqués dans la prise en charge des adolescents en amont et en aval afin d'éviter les ruptures dans le parcours de prise en charge des adolescents	Chefs lieux des départements: Digne, Gap, Nice, Toulon, Avignon (instance déjà existante à Marseille)
3.6.5 - Améliorer l'information des professionnels santé de 1er recours et sensibiliser les médecins généralistes de la prévention, au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique notamment les troubles dépressifs et les risques suicidaires	Développer les actions de formation des professionnels de santé de proximité et des travailleurs sociaux et les évaluer : développer un partenariat avec l'URPS (médecins) pour : ➢ connaître l'impact de l'a diffusion du CDROM contenant les outils permettant d'optimiser le diagnostic en matière de dépression ➢ et en fonction du résultat, renouveler et étendre	Tous les territoires sont concernés

	cette action	
3.6.5	Développer les actions de formation des professionnels de santé de proximité et des travailleurs sociaux et les évaluer : développer un partenariat avec la direction régionale du service médical de l'assurance maladie pour une amélioration des compétences des médecins généralistes en matière de dépistage de la dépression et du bon usage des psychotropes	Tous les territoires sont concernés
3.6.5	Mener une réflexion à partir de l'action portée par le CH Montperrin (BDR) "enquête aux urgences sur les tentatives de suicide pour une prévention de la récidive. » et portant sur : ➢ la dynamique de liaison et de coordination entre les différents intervenants hospitaliers et externes à l'hôpital par la réalisation d'un maillage territorial, ➢ l'amélioration des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des épisodes dépressifs majeurs et des troubles bipolaires En fonction des résultats, déterminer les possibilités d'extension sur d'autres sites.	Aix en Provence dans l'immédiat et à 5 ans déterminer les possibilités d'extension sur les territoires de proximité en surmortalité par suicide des 15/34 ans Manosque, Draguignan, Avignon, Toulon Antibes, Cannes-Grasse, Marseille
3.6.5	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	A engager dans la première période du schéma Dans les chefs-lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides des 15/34 ans Digne, Gap, Nice, Cannes Grasse, Marseille, Manosque, Draguignan, Avignon, Toulon Antibes
3.6.5	Prévenir le risque de suicide chez les personnes détenues : ➢ Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions, évaluation conjointe des actions de prévention ➢ Poursuivre le développement des actions de formations au repérage et à la prise en charge	Tous les territoires avec établissements pénitentiaires

	de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé et sociaux des services pénitentiaires	
3.6.5	Pour les jeunes 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 Promouvoir des actions de repérage de la souffrance psychique auprès des travailleurs sociaux	A engager dans la première période du schéma Dans les chefs-lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides des 15/34 ans Digne, Gap, Nice, Cannes Grasse, Marseille, Manosque, Draguignan, Avignon, Toulon Antibes
3.6.7 – Repérer et soutenir les réseaux et actions les plus efficients en prévention et récidive du suicide.	Evaluer le réseau ASMA à destination des jeunes. En fonction des résultats extension de réseaux à d'autres territoires	Marseille
3.6.9 - Déterminer sur chaque territoire de santé le parcours de soins en addictologie, y compris pour les patients détenus ce parcours englobe le repérage précoce, l'accès aux soins, le soin et la réinsertion du patient ainsi que le soutien aux professionnels	En population générale, développer le repérage et l'orientation des personnes ayant des usages problématiques de produits psycho actifs Promouvoir des méthodes techniques et outils validés et recommandés, auprès des médecins généralistes et des professionnels de santé et sociaux, pour leur mise en œuvre quels que soient le territoire, l'âge, l'addiction, les co morbidités. Exemples de méthodes et outils : le RPIB (repérage précoce intervention brève), l'entretien motivationnel, le conseil minimal pour le tabac, le questionnaire DETA pour l'alcool etc.…	Cantons regroupés avec surmortalité due à l'alcool et cantons regroupés vulnérables Manosque, Riez; Laragne-Montéglin, Rosans; Nice, Tende, Breil-sur-Roya; Port St Louis Marseille, Martigues, Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon, Ste aries de la mer, Chateaurenard, Orgon, Istres, Aubagne; Brignoles, Draguignan, Toulon, La Seyne sur mer, le Luc, Fréjus; Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Saut
3.6.9	Promouvoir des actions de réductions des risques chez les publics usagers de drogues licites et illicites Il concerne notamment les usagers ne sollicitant pas les dispositifs de prise en charge et de réduction des risques, ou situés sur des territoires éloignés des dispositifs d'offre de soins, ou en errance, ou participant aux milieux festifs alternatifs (vie en squat, free party etc..).	Tous les territoires sont concernés
3.6.9	En détention, améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins	Tous les territoires avec établissements pénitentiaires

	(Application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 MILDT) – Actions déjà engagées dans le cadre du schéma d'addictologie transversal (juillet 2010), maintenir et poursuivre la transversalité avec le SROS et le SROMS Repérage pour la mise en place d'une prise en charge ad hoc, diffusion du guide des bonnes pratiques sur les traitements de substitution en prison	Digne, Gap, Nice, Grasse; Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon, Toulon , Draguignan; Avignon
3.6.9	Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral la région PACA a fait partie de l'enquête PREVACAR (état des lieux des mesures de RDR en prison et recommandations pour leur mise en œuvre) En fonction des résultats de l'enquête, développer des actions	Tous les territoires avec établissements pénitentiaires Digne, Gap Nice, Grasse; Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon, Toulon , Draguignan; Avignon
3.6.12 - Mettre en place une coordination locale des actions de prévention des addictions et une coopération entre décideurs publics.	Développer des programmes de prévention favorisant l'acquisition de compétences individuelles et psycho-sociales auprès des jeunes (scolarisés Education Nationale, en apprentissage, détenus, en foyer, en centres socio éducatifs, étudiants, élèves du secteur agricole etc).	Tous les territoires sont concernés

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Domaine stratégique du PSRS : Inégalités de santé								
Décrire les inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur en particulier)				Etude prévue en fin d'année 2011 à Marseille				Eventuellement en fonction des résultats de l'étude à étendre ensuite à d'autres territoires exposés
Disposer d'un indicateur de défavorisation (il s'agit plutôt a priori d'en retenir un parmi ceux qui existent et non d'en définir un nouveau)	Tous les territoires sont concernés							Appliquer cet indicateur au niveau des cantons regroupés et des IRIS
Modéliser un diagnostic local intégrant des indicateurs épidémiologiques disponibles et un recueil de données qualitatives							Démarche méthodologique générale qui sera appliquée à des territoires prioritaires.	
Promouvoir des recherches-actions associant acteurs de terrain et équipes de recherche en visant à construire des modalités d'intervention qui dans l'idéal pourraient être modélisées							Démarche méthodologique générale qui sera appliquée à certaines thématiques (ex. nutrition)	
Documenter le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes d'une maladie chronique en prenant le diabète de type II comme pathologie traceuse							Un canton regroupé à déterminer au sein des cantons regroupés prioritaires sur cette thématique - pour les hommes Marseille, Marignane, Port st Louis, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles, Toulon,	

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
							La Seyne, Avignon, Valréas - pour les femmes Breil sur Roya, Marseille, Marignane, Port st Louis, Vitrolles, Istres, Martigues, Arles, Toulon, La Seyne sur mer, Avignon, Valréas et Bédarrides	
Harmoniser le recueil de données sociales et médicales renseigné par les Permanences d'accès aux soins (PASS) de la région et en assurer l'exploitation à des fins d'analyse des besoins et de veille.	Digne, Sisteron, Entrevaux (Puget-Théniers) Manosque	Gap, Laragne-Montéglin	Antibes, Cannes, Grasse, Menton, Nice, Puget-Théniers (Entrevaux)	Aix en Provence, Arles, Aubagne, La Ciotat, Marseille, Martigues, Salon	Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, La Seyne sur mer, Toulon	Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon, Orange, Pertuis, Valréas		A engager dans la première période du schéma pour chaque PASS
Exploiter les données recueillies par les UCSA pour identifier les besoins de santé des personnes détenues	Digne	Gap	Nice, Grasse	Marseille, Aix, Arles-Tarascon, Salon,	Toulon, Draguignan	Avignon		Dans la première période du schéma pour chaque UCSA
Mettre en œuvre une démarche territoriale de promotion de la santé, associant la population, les élus et l'ensemble des institutions concernées dans un travail intersectoriel. Soutenir l'activité des Ateliers Santé Ville ou des démarches similaires, définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir, pour certains, à des contrats locaux de santé Cette approche devra s'inscrire dans la durée, être coordonnée par les institutions partenaires et s'appuyer sur une animation territoriale. Elle visera des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie).	Accompagnement à développer ou à préciser dans le sud-ouest du département Soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV	Accompagnement à développer ou à préciser dans l'extrême ouest du département Soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV	Accompagnement - à poursuivre à Nice - à développer ou à préciser à Tende, Breuil sur Roya Soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV	Accompagnement - à poursuivre à Marseille, avec la prévision d'un CLS2, à Martigues Port de Bouc pour le CLS intercommunal en cours d'élaboration et à Port st Louis et Arles - à développer ou à préciser à Marignane, Vitrolles, Istres, Miramas Soutien financier	Accompagnement à développer ou à préciser au Luc, Brignoles, Toulon , Fréjus et La Seyne sur Mer Soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV	Accompagnement à développer en particulier à Avignon, soutenir les démarches en cours à Carpentras, Apt et Cavaillon. Dans la seconde partie du schéma ces mêmes démarches pourraient concerner Bédarrides, Valréas et Bollène. Soutien aux actions issues		Dans la première période du schéma, sur les territoires les plus vulnérables à l'échelle des cantons regroupés

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Elle serait déclinée pour chacun des partenaires au niveau de mise en œuvre qui est le sien. Pour certains, elle pourra aboutir à la définition d'un CLS.				aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV		des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV		
Accroître d'au moins deux par année le nombre de villes actives PNNS de la région d'ici 2016.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma Accentuer la démarche pour l'obtention du label PNNS auprès des villes et autres collectivités
D'ici 2016, réduire l'écart de mortalité par cardiopathie ischémique qui était de 2,5 entre les ouvriers et les cadres et professions intellectuelles supérieures (source ORS PACA - 1991-2005) chez les hommes.			Tende	Aubagne, Port St Louis, Istres, Martigues				Les actions viseront les facteurs de risque (consommation de tabac, alimentation) des cantons regroupés les plus vulnérables et présentant une surmortalité significative
Réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus démunis			Dans la première période du schéma à Nice	Dans la première période du schéma à Marseille et Salon, Dans la deuxième période du schéma à Arles et Martigues	Dans la première période du schéma à Toulon-Hyères et Fréjus	Dans la première période du schéma à Avignon Dans la deuxième période du schéma à Apt, Cavaillon, Carpentras, et Orange		Il s'agit de généraliser la pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes en sachant qu'une mesure CNAMTS prévoit la PEC des médicaments de sevrage du tabac à hauteur de 150 € pour les bénéficiaires de la CMUC et les femmes enceintes.

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon		Dans la première période du schéma sur les territoires avec un établissement pénitentiaire Etude des modalités de mise en place de la consultation de sortie pour les personnes condamnées. Généralisation de cette consultation. Recensement des structures d'accueil et d'hébergement
Améliorer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention. Améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon		Dans la première période du schéma dans tous les établissements pénitentiaires Etat des lieux sur les pratiques de dépistage durant la détention et à la sortie
Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 ans dans les territoires vulnérables pour atteindre un taux de participation de 45% (sur la base d'un taux actuel de 30% à Marseille qui est un territoire repéré comme socialement très vulnérable)	Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Digne, Manosque	Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Gap	Dans la première période du schéma, Nice (territoire de proximité) Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Cagnes sur mer, Cannes, Carros, Drap, Grasse, St André de la Roche, St Laurent du Var La trinité,	Dans la première période du schéma, Marseille, Arles, Martigues (territoire de proximité) Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Aix en Provence, Arles, Aubagne, Berre l'étang, La Ciotat, Istres,	Dans la première période du schéma, Toulon (territoire de proximité Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, Le Luc, Le Muy, St Maximin, St Raphael, La	Dans la première période du schéma sur Apt; Avignon Cavaillon, Orange (territoire de proximité) et avec un effort accru sur le canton regroupé de Carpentras qui présente une surmortalité significative par cancer du sein		Des actions ont déjà été entreprises dans la région et seront à compléter ou renforcer pour les publics résidant dans ces territoires - formation de professionnels relais, après bonne identification des relais exerçant auprès de cette population cible (ex : CCAS, collectivités

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
			Valbonne, Vallauris, Vence	Marignane, Miramas, Port de Bouc, Port St Louis du Rhône, Salon, Septèmes les vallons, Tarascon, Vitrolles	Seyne sur mer	Dans la deuxième période du schéma, tous les sites en CUCS Bollène, L'Isle sur la Sorgue, Pertuis, Le Pontet, Sorgues		territoriales, ASV) en se servant de la « boite à outils des dépistages des cancers en région PACA » - identification de groupes déjà existants où il serait possible d'intervenir sur la prévention, la santé, pour aboutir au dépistage (ex. action dans les groupes d'alphabétisation pour les migrants primo arrivant avec l'outil « Magnet-santé » élaboré par le CRES).
Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50-74 ans, y compris pour les personnes handicapés adultes à domicile	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma sur tous les territoires Développer une action auprès des médecins traitants
Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer colorectal	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma Il sera nécessaire de s'appuyer sur une étude des faibles taux de réponse au dépistage organisé, par territoire avec une attention particulière sur les zones à forte proportion de personnes en situation précaire et/ou isolées.

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								Une sensibilisation particulière du corps médical, et notamment du médecin traitant qui distribue les tests, sera sans doute à envisager, à l'image de l'opération déployée par la CNAMTS visant à mieux impliquer les médecins traitants dans les programmes de dépistage qui a été réalisée à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal.
Améliorer la détection précoce des cancers de la peau et en particulier du mélanome.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma Une attention particulière sera apportée à certaines populations particulièrement exposées (agriculteurs, travailleurs du bâtiment…).

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de statut socio-économique (SSE) faible et de SSE élevé sachant que les valeurs actuelles sont les suivantes : - SSE faible 45% de surpoids ou d'obésité - SSE élevé 31% de surpoids ou d'obésité.	Territoires en CUCS et Les Mées	Territoires en CUCS	Territoires en CUCS et en priorité Nice	Territoires en CUCS et en priorité Marseille, Port St Louis, Martigues	Territoires en CUCS et en priorité La Seyne sur Mer	Territoires en CUCS et en priorité Avignon		* Dans la première période du schéma, ces territoires prioritaires devront faire l'objet de programmes d'actions spécifiques (à confronter à une analyse locale plus précise), **par exemple** : - développement de jardins familiaux collectifs, - amélioration de l'accessibilité à des aliments de bonne qualité nutritionnelle en liaison avec le PNA (DRAAF)
Réduire de moitié sur 5 ans l'écart de surpoids ou d'obésité entre les personnes de SSE faible et de SSE élevé	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma, sur tous les territoires : Poursuivre la formation des personnes qui distribuent l'aide alimentaire pour que les personnes en situation précaire s'approprient les préconisations du PNNS
Prévenir les violences faites aux femmes	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Prévenir le risque de rupture de droit à l'entrée et à la sortie de prison en s'assurant de la continuité de la perception des droits sociaux relevant des conseils généraux (AAH, APA, PCH, RSA)	Digne	Gap	Nice, Grasse	Marseille, Aix, Arles, Tarascon, Salon	Toulon, Draguignan	Avignon		Dans la première période du schéma dans les établissements pénitentiaires

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Accroître en 5 ans le taux actuel de recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (qui est de 25%) à 35% en partenariat étroit avec l'assurance maladie.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Faire appliquer la réglementation relative aux refus de soins en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Faire appliquer la réglementation relative aux dépassements d'honoraires (Art. 54 de la Loi HPST) en aidant les associations en proximité des personnes les plus précaires à signaler les situations de refus de soins.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Diffuser une charte sur les droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUC (dans la continuité d'un travail entrepris dans le cadre du PRAPS III)	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma
Atteindre 45% de participation à l'examen bucco-dentaire (EBD) gratuit à 6 ans et 12 ans. Mettre en œuvre les préconisations de l'étude qualitative effectuée en 2010 sur le recours à l'EBD.	Tous les territoires sont concernés							Dans la première période du schéma ➢ Communiquer de manière adaptée sur l'invitation à l'EBD à la fois sur la forme (intelligibilité du message) et le fond : valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaires et sociales) en visant plus spécifiquement les mères ➢ Mettre en avant la nécessité d'associer

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								l'hygiène dentaire et le contrôle médical pour assurer une prévention efficace.
Favoriser l'accès aux soins psychiatriques, aux soins dentaires et favoriser la continuité des soins pour les personnes « sans chez soi »		Créer une consultation dentaire PASS à Gap	Créer une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) à Nice	Créer des consultations dentaires PASS à Martigues, Arles et Salon,	Créer une consultation dentaire PASS à Brignoles	Créer une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) à Avignon		SROS Cf. Appel à projet PASS dentaire 2010
Favoriser l'accessibilité aux droits et aux soins Mettre en œuvre les préconisations de l'enquête régionale relative au fonctionnement des PASS (2009)	Digne, Sisteron, Entrevaux (Puget-Théniers) Manosque	Gap, Laragne-Monteglin	Antibes, Cannes, Grasse, Menton, Nice, Puget-Théniers (Entrevaux)	Aix en Provence, Arles, Aubagne, La Ciotat, Marseille, Martigues, Salon	Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, La Seyne sur mer, Toulon	Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon, Orange, Pertuis, Valréas		SROS Dans la première période du schéma sur tous les territoires avec une PASS
Analyser les besoins pour développer des PASS de psychiatrie	Digne	Gap	Nice, Cannes-Grasse	Marseille, Arles	Draguignan	Avignon		SROS
Accompagner les publics ayant des difficultés à accéder au dépistage et aux soins	Digne, Manosque	Gap, Briançon	Nice, Cannes-Grasse	Marseille, Aix, Salon, Martigues, Arles, Aubagne-la Ciotat	Fréjus, Toulon, Brignoles	Avignon, Carpentras, Orange		Dans la première période du schéma, Territoires de proximité avec CHRS ou dispositifs d'urgence sociale Accompagner physiquement les publics les plus en difficulté à partir des dispositifs d'urgence sociale et des CHRS. Pour lever les freins culturels, le recours à des actions de médiation peut être approprié dans ce cadre, tout

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								particulièrement pour les personnes migrantes. Il devra se prolonger par des relais sur les quartiers concernés
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.			Dans la première partie du schéma Nice (en renforcement)	Dans la première partie du schéma Marseille	Dans la première partie du schéma Toulon	Dans la première partie du schéma Avignon		Accompagner et soutenir l'émergence de dispositifs entre institutions, associations et professionnels de santé pour favoriser l'inscription des personnes concernées dans un parcours de soins.
Développer des actions intersectorielles à même de prendre en compte les déterminants des inégalités de santé (état des logements, réussite scolaire, santé au travail, environnement, …).			Dans la première période du schéma, les cantons regroupés de Nice et Cannes	Dans la première période du schéma, les cantons regroupés de Marseille, Martigues, Arles, Port St Louis	Dans la deuxième partie du schéma, les cantons regroupés de Brignoles, Toulon, La Seyne sur Mer	Dans la deuxième partie du schéma, les cantons regroupés de Avignon, Orange		Il s'agira de définir un dispositif conventionnel, équivalent à la convention passée avec la DRJSCS, avec les institutions dont les missions sont à même de contribuer à agir sur les déterminants ou les conséquences des inégalités sociales de santé (Education Nationale, Conseils Généraux,.) et de coordonner les actions en s'appuyant sur la commission de coordination des

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention.
Développer les compétences psycho-sociales pour les personnes hébergées en CHRS : développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) aux personnes les plus démunies.	Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Digne, Manosque	Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Gap et Briançon	Dans la première période du schéma, Nice Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Cannes-Grasse	Dans la première période du schéma, Marseille Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Aix en Provence, Salon, Martigues, Arles	Dans la première période du schéma, Toulon Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Fréjus, Brignoles	Dans la première période du schéma, Avignon Dans la deuxième période, les territoires de proximité avec CHRS Carpentras, Orange		
Développer des programmes de développement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire (ex. PRODAS tel qu'il est expérimenté à Marseille notamment dans les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai).				Dans la première période du schéma à Marseille : dans les territoires en CUCS				partenariat étroit avec l'Education Nationale et le GIP CUCS Marseille et en s'assurant que les conditions permettant l'inscription de ces actions sont remplies au sein de l'EN
En lien avec le développement de prévention-promotion de la santé dans les territoires les plus vulnérables, promouvoir la participation des habitants à l'élaboration de politiques locales de santé (en termes d'attente, de besoins et d'implication). Cette démarche pourra être constitutive de la création d'un réseau de santé communautaire.	Dans la première période du schéma à Digne Dans la deuxième période du schéma à Manosque		Dans la première période du schéma à Nice, Cannes, Grasse, Antibes	Dans la première période du schéma, à Marseille, Arles, Martigues, Salon	Dans la première période du schéma à La Seyne sur Mer et Fréjus Dans la deuxième période du schéma à Toulon	Dans la deuxième période du schéma à Avignon et Orange		Dans la première période du schéma, villes bénéficiant d'un ASV, dans la deuxième période dans des villes où un ASV serait souhaitable

Domaine stratégique : PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET PERSONNES AGEES		
PA - Sensibiliser les établissements et services médico-sociaux à la prise en compte de la prévention dans leurs missions	Sur la durée du schéma tous les établissements	A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								appels à projet médico-sociaux des établissements PA et à prendre en charge par les établissements
PH - Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage systématique des cancers : renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès des personnes en situation de handicap au dépistage des cancers Ex : Actions menées par le réseau des CRES/ CODES dont il faut assurer le suivi et le relais.	Sur la durée du schéma tous les établissements							Dans la première période du schéma sur tous les territoires Développer une formation de professionnels relais dans les établissements accueillant des handicapés adultes A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PH adulte et à prendre en charge progressivement par les établissements
PH - Développer auprès des personnes en situation de handicap, des actions d'éducation à la sexualité, la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH	Tous les territoires							A développer en partenariat avec les établissements et services médico-sociaux

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
PA - Réduire les chutes : Actions auprès des personnes et des aidants	Première période du schéma Digne Deuxième période du schéma Manosque	Deuxième période du schéma Gap, Briançon	Première période du schéma Nice, Menton, Cannes Grasse Deuxième période du schéma Antibes	Première période du schéma Marseille Deuxième période du schéma Aubagne La Ciotat Aix en Pce, Martigues, Salon, Arles	Première période du schéma Toulon/Hyères Deuxième période du schéma, Draguignan, Brignoles, Fréjus St Raphael	Première période du schéma Avignon Deuxième période du schéma Carpentras, Orange-Valréas		Dans la première période du schéma, dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans
PA - Réduire les chutes : Sensibiliser les médecins et les personnes à l'importance du dépistage de l'ostéoporose	Tous les territoires							Partenariat avec URPS et assurance maladie
PA - Réduire les chutes : Sensibiliser les partenaires pour l'aménagement des logements, accessibilité de l'espace public (caisses de retraite, communes), avec une attention particulière pour les territoires avec des populations précaires et/ou en zone rurale	Tous les territoires							Partenariat avec les collectivités
PA - Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition . lutter contre l'inactivité physique . promouvoir une alimentation adaptée en sensibilisant les collectivités à une politique urbaine favorisant la lutte contre la sédentarité (trottoirs, espaces de vie) et l'accessibilité aux produits de base (maintien de commerces ou marchés de proximité ou commerces ambulants)	Tous les territoires							Partenariat collectivités
PA - Prévenir les risques de sarcopénie, ostéoporose, de malnutrition ou de dénutrition en développant des actions auprès des personnes et des aidants	Territoires de proximité Digne		Territoires de proximité Nice, Menton, Cannes Grasse	Territoires de proximité Marseille	Territoires de proximité Toulon/Hyères			Dans la première période du schéma, dans les territoires en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								proportion parmi les 65/79 ans
PA - Préserver les capacités mnésiques, développer des ateliers mémoire	Première période du schéma, Digne Deuxième période du schéma Manosque	Deuxième période du schéma Gap, Briançon	Première période du schéma Nice, Menton, Cannes Grasse Deuxième période du schéma Antibes	Première période du schéma, Marseille Deuxième période du schéma Aubagne La Ciotat Aix en Pce, Martigues, Salon, Arles	Première période du schéma Toulon/Hyères Deuxième période du schéma, Draguignan, Brignoles, Fréjus St Raphael	Première période du schéma Avignon Deuxième période du schéma Carpentras, Orange-Valréas		Dans la première période du schéma, dans les territoires de proximité en prenant en compte le nombre de personnes âgées isolées et la proportion parmi les 65/79 ans
PA - Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse sensibiliser les professionnels de santé (médecins et pharmaciens) en partenariat avec l'assurance maladie sensibiliser les personnes (exemple la communication sur les antibiotiques), en partenariat avec l'assurance maladie,	Tous les territoires							Partenariat avec assurance maladie et URPS
PH -Former les professionnels de santé notamment, les médecins et les chirurgiens dentistes, aux spécificités du handicap (adaptation des consultations, accueil et écoute des publics)	Tous les territoires							Partenariat avec les URPS et les conseils de l'Ordre
PH -Favoriser le développement des actions de prévention en les intégrant aux missions des établissements et services et le cas échéant à leurs budgets	Tous les territoires							A inscrire dans les CPOM, les projets d'établissement, les conventions tripartites, les appels à projet médico-sociaux des établissements PH Adulte et enfants et à prendre en charge par les établissements

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations

Domaine stratégique : PERINATALITE ET PETITE ENFANCE								
Réaliser tous les deux ans une exploitation d'un échantillon des premiers bilans de santé en maternelle réalisés sur la base d'EVALMATER	Tous les départements sont concernés							A engager dans la première période du schéma Il faudra au préalable s'assurer de l'harmonisation de l'utilisation de cet outil entre les services de PMI de la Région.
Assurer l'exploitation des données recueillies lors de l'établissement des certificats de santé des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois pour chacun des départements de la région et au niveau le plus fin.	Tous les départements sont concernés							A engager dans la première période du schéma En partenariat avec le conseil général Il sera notamment ainsi possible de disposer d'un taux de prématurités et d'un taux d'enfants hypotrophiques à la naissance au moins par cantons regroupés, données actuellement non disponibles.
Décrire l'impact des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales (qualité de l'air extérieur) sur la santé des enfants. Etude prévue en fin d'année 2011 à Marseille. .				A engager dans la première période du schéma à Marseille			En fonction des résultats de l'étude, étendre ensuite à d'autres territoires exposés	
Décrire les écarts de surpoids et d'obésité à 5-6 ans entre les différents territoires de la région Engager des échanges avec le Rectorat de Nice, en vue d'établir une convention similaire à celle signée avec le Rectorat d'Aix Marseille en 2010. Cette	Les deux académies Aix-Marseille et Nice							A engager dans la première période du schéma sur tous les territoires

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
convention prévoit l'exploitation annuelle des données biométriques des bilans de santé de la très grande majorité des enfants de grande section de maternelle, afin de dresser une cartographie des IMC par écoles et/ou autre territoire géographique pertinent. L'objectif est de pouvoir adapter les mesures en matière d'éducation pour la santé et plus spécifiquement les actions « nutrition » au plus près des caractéristiques des enfants et des familles concernées.								
Réduire de moitié dans les 5 ans les grossesses non désirées chez les mineures.	Tous les territoires sont concernés							Systématiser dans les 5 ans la réalisation de programmes d'éducation à la sexualité auprès des jeunes dans les établissements scolaires situés dans les territoires les plus vulnérables et dans l'ensemble des dispositifs accueillant des jeunes en formation hors éducation nationale. ZEP — RAR – établissements agricoles – CFA et territoires en CUCS Ces programmes devront intégrer en particulier des éléments portant notamment sur la contraception, la prévention des IST et de l'infection à VIH, la lutte contre l'homophobie et la prévention des violences de genres. Développer des actions appropriées de sensibilisation/formation auprès des

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								professionnels concernés. Tous les territoires sont concernés.
Prévenir les risques de conduites addictives chez les femmes enceintes	Tous les territoires sont concernés							A engager dans la première période du schéma Promouvoir le sevrage tabagique pendant la grossesse (prises en charge des traitements à hauteur de 150 € par l'Assurance-maladie pour les femmes enceintes). Des mesures spécifiques sont à prévoir à l'égard des femmes usagères de d'alcool. et de drogues (incluant prévention VIH - cf. plan national SIDA) en partenariat avec la PMI et les maternités. Tous les territoires sont concernés
Garantir une alimentation suffisante et équilibrée pendant la grossesse et pendant la petite enfance	Riez		Cannes, Nice	Port de Bouc, Marseille, Arles, Saintes Maries de la Mer, Tarascon, Port St Louis du Rhône	La Seyne sur mer, Toulon, Brignoles	Avignon, Orange, Carpentras, Bollène Apt		Développer des ateliers puériculture, nutrition dans les structures sociales accueillant des femmes en situation de vulnérabilité socio-économique. A engager dans la première période du schéma dans les communes en tenant compte du nombre et de la proportion d'enfants vivant dans des familles à bas revenus
Favoriser l'allaitement maternel	Tous les territoires sont concernés							A engager dans la première période du schéma En partenariat avec la

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								PMI et les maternités
Protéger les populations vulnérables, en particulier les enfants, des conséquences majeures des expositions précoces (substances chimiques en particulier) en terme de handicap ou d'autres pathologies lourdes, chroniques ou à long terme.							A développer en fonction des résultats de l'étude d'impact des inégalités de distribution de l'exposition aux nuisances environnementales, prévue à Marseille	
Développer les programmes d'intervention précoce pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité (agir sur le développement somatique, moteur, du langage, cognitif et social)								
➢ Simplifier les démarches administratives et la transmission des informations, trop souvent sur supports écrits confiés aux familles.	A engager dans la deuxième période du schéma tous les territoires	A engager dans la deuxième période du schéma tous les territoires	A engager dans la deuxième période du schéma tous les territoires	A engager dans la première période du schéma sur les territoires de Marseille, Port de Bouc, Arles A engager dans la deuxième période du schéma pour les autres territoires	A engager dans la première période du schéma sur La Seyne sur mer, Toulon A engager dans la deuxième période du schéma pour les autres territoires	A engager dans la première période du schéma sur Avignon, Bollene A engager dans la deuxième période du schéma pour les autres territoires		
➢ Inscrire et/ou développer un axe petite enfance dans le volet santé des CUCS ainsi que dans les ASV.	Dans la première période du schéma, sites CUCS Digne, Manosque	Dans la première période du schéma, sites CUCS Gap	Dans la première période du schéma, sites CUCS Nice, Cagnes sur mer, Cannes, Carros, Drap, Grasse, St	Dans la première période du schéma, sites CUCS Marseille, Arles, Martigues, Aix en Provence, Arles,	Dans la première période du schéma, sites CUCS Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, Le Luc, Le Muy,	Dans la première période du schéma, sites CUCS Apt; Avignon, Carpentras, Cavaillon, Bollène, L'Isle sur la Sorgue,		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
			André de la Roche, St Laurent du Var La Trinité, Valbonne, Vallauris, Vence	Aubagne, Berre l'étang, La Ciotat, Istres, Marignane, Miramas, Port de Bouc, Port St Louis du Rhône, Salon, Septêmes les vallons, Tarascon, Vitrolles	St Maximin, St Raphael, La Seyne sur mer, Toulon	Pertuis, Le Pontet, Sorgues		
➢ Renforcer l'accès des enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité aux dispositifs de droit commun pour la prévention et le dépistage.	sites CUCS Digne, Manosque et zone rurale du sud du département	sites CUCS Gap	sites CUCS Nice, Cagnes sur mer, Cannes, Carros, Drap, Grasse, St André de la Roche, St Laurent du Var La Trinité, Valbonne, Vallauris, Vence	sites CUCS Marseille, Arles, Martigues, Aix en Provence, Arles, Aubagne, Berre l'étang, La Ciotat, Istres, Marignane, Miramas, Port de Bouc, Port St Louis du Rhône, Salon, Septêmes les vallons, Tarascon, Vitrolles	sites CUCS Brignoles, Draguignan, Fréjus, Hyères, Le Luc, Le Muy, St Maximin, St Raphael, La Seyne sur mer, Toulon Et zones rurales de Brignoles et de Draguignan	sites CUCS Apt; Avignon, Carpentras, Cavaillon, Bollène, L'Isle sur la Sorgue, Pertuis, Le Pontet, Sorgues		Dans la première période du schéma Le développement de coordinations petite enfance sur ces territoires est particulièrement à soutenir. la PMIi a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations, de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans.
➢ Améliorer le taux de suivi des préconisations réalisées à l'issue des bilans de santé en milieu scolaire (3/4 ans et 5/6 ans)	Manosque et zone rurale		Nice, Cannes	Marseille, Marignane, Port De Bouc, Arles et Ste Marie de la mer,	La Seyne sur mer, Toulon Brignoles et zones rurales Draguignan rural	Avignon, Bollene, Orange Carpentras, Apt,		Dans la première période du schéma Le développement de coordinations petite enfance sur ces territoires est particulièrement à soutenir. la pmi a un rôle majeur à jouer dans ces coordinations,

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								de même que les services de santé scolaire pour ce qui concerne le suivi des bilans dits de 6 ans.
➢ Favoriser l'accès, pour les populations défavorisées, au dispositif de l'examen bucco-dentaire de prévention systématique à 6 ans pris en charge à 100 %, ainsi que les soins nécessaires, en partenariat avec les caisses d'assurance maladie.	Tous les territoires en sont concernés							- Relayer l'expérimentation menée à Marseille en ce sens - A pondérer en fonction des données de l'Assurance-Maladie. ➢ Communiquer de manière adaptée sur l'invitation à l'EBD à la fois sur la forme (intelligibilité du message) et le fond : valeur de la dent et de ses fonctions (alimentaires et sociales) en visant plus spécifiquement les mères ➢ Mettre en avant la nécessité d'associer l'hygiène dentaire et le contrôle médical pour assurer une prévention efficace.
➢ Soutenir et/ou impulser la mise en place d'actions qui favorisent l'acquisition de facteurs de protection et de compétences psychosociales. Ex PRODAS tel qu'il est développé dans certaines écoles du centre ville de Marseille :				dans les territoires en CUCS de Marseille				A engager dans la première période du schéma. Partenariat étroit avec l'Education Nationale et le GIP CUCS Marseille et en s'assurant que les conditions permettant l'inscription de ces actions sont remplies

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								au sein de l'EN
➢ Développer un programme spécifique de prévention du surpoids et de l'obésité dans les territoires les plus vulnérables dans une démarche de promotion de la santé			Nice, Cannes,	Port De Bouc, Marseille, Arles,	La Seyne Sur Mer, Toulon, Brignoles,	Avignon, Bollene, Orange, Carpentras, Apt		A engager dans la première période du schéma dans les villes combinant un taux élevé de pauvreté infantile et un effectif important d'enfants appartenant à des familles à bas revenus (données DROS).
➢ Promouvoir des actions d'éducation pour la santé en ZEP, visant à acquérir une bonne hygiène dentaire et une meilleure alimentation suffisante et équilibrée et une activité physique adaptée			Nice, Cannes,	Port De Bouc, Marseille, Arles,	La Seyne Sur Mer, Toulon, Brignoles,	Avignon, Bollene, Orange, Carpentras, Apt		A engager dans la première période du schéma
➢ Mobiliser les moyens d'investigation qui permettent d'identifier et d'agir sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés, notamment pour les enfants (saturnisme infantile, asthme,...).			Nice, Cannes,	Port De Bouc, Marseille, Arles,	La Seyne Sur Mer, Toulon, Brignoles,	Avignon, Bollene, Orange, Carpentras, Apt		A engager dans la première période du schéma
➢ Améliorer le taux de couverture vaccinale en visant l'objectif fixé au niveau national	Tous les territoires sont concernés							A engager dans la première période du schéma La cible nationale à atteindre pour la rougeole à 24 mois est 95% des enfants ayant reçu une première dose et 80% ayant reçu une deuxième dose
Prévenir les accidents de la vie courante	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Domaine stratégique : MALADIES CHRONIQUES								
Réduire les inégalités territoriales de santé en garantissant un accès à la prévention en agissant sur les déterminants								Développer les priorités du domaine maladie chronique (diabète, maladies respiratoires, obésité, VIH-SIDA, maladies cardiovasculaires, affections psychiatriques) sur les territoires concernés
Réduire en 5 ans, dans la population générale, d'au moins 25% la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes et chez les femmes Prévalence PACA hommes de 28% en 2005 et Prévalence PACA femmes de 27% en 2005 INPES/Baromètre Santé PACA	Tous les territoires sont concernés							Tous les territoires et en priorité les populations vulnérables
Réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans Prévalence nationale du tabagisme chez la femme de cet âge de 29,9% en 2010 ESCAPAD PACA	Tous les territoires sont concernés							
Réduire en 5 ans de 20% au moins le pourcentage de garçons et de filles déclarant un usage quotidien de tabac (>1cg/l) Pourcentage de garçons de 17 ans déclarant un usage quotidien de tabac= 30 et chez les filles=28 ESCAPAD PACA 2008	Tous les territoires sont concernés							
Réduire de 20% au moins la prévalence du tabagisme quotidien chez les chômeurs de 18 à 65 ans Prévalence de 45% en 2005 et de 49,6% en 2010 iNPES/Baromètre de santé			Tende.	Aubagne, Port-Saint-Louis du Rhône, Istres				Les actions viseront le territoire présentant une surmortalité significative par cardiopathies

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
								ischémiques et par ailleurs très vulnérable
Réduire au moins de 10% en 5 ans la consommation déclarée quotidienne d'alcool chez les personnes de 18 à 75 ans En 2008 23% chez les hommes et 11% chez les femmes ESCAPAD PACA	Tous les territoires sont concernés							
Diminuer de 20% la consommation régulière d'alcool (+10 fois/par mois) chez les jeunes de 17 ans Chez les garçons=11% et chez les filles=4% ESCAPAD PACA 2008	Tous les territoires sont concernés							
Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité : augmenter chez les adultes en 5 ans la proportion de personnes situées dans la classe d'activités physiques élevées de 20% au moins chez les hommes et de 25% au moins chez les femmes Classes élevées Hommes=52,1%Femmes=36,6% Baromètre santé nutrition PACA 2008	Tous les territoires sont concernés							
Passer de 12,6% à 20% en 5 ans la proportion d'adultes ayant déclaré avoir consommé des fruits ou légumes au moins 5 fois la veille de l'enquête	Tous les territoires sont concernés							
Réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité alimentaire quantitative 2008 3,1% Baromètre santé nutrition PACA	Manosque		Nice, St André de la Roche, La Trinité	Arles, Aubagne, Istres, Marignane, Marseille, Martigues, Miramas, Port de Bouc, Port St Louis, Salon, Tarascon, Vitrolles,	Brignoles, Fréjus, Le Luc, La Seyne sur Mer, Toulon	Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon, Le Pontet, Sorgues		Sites CUCS et en priorité ceux qui sont identifiés comme les plus vulnérables

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Mettre en place un dispositif d'informations du public sur les maladies chroniques au niveau des territoires de proximité en s'appuyant sur les associations de malades et sur une organisation de type réseau	tous les territoires, selon la disponibilité de ressources locales							
Promouvoir la vaccination contre le VHB : Atteindre chez les enfants de 24 mois une couverture vaccinale de 80% pour la primo vaccination complète par le vaccin de l'Hépatite B Indicateur à rajouter dans l'enquête de l'EN réalisée en classe de seconde ou de troisième 3ème	Tous les territoires sont concernés							
Promouvoir la vaccination contre HPV **:** Améliorer d'ici 5 ans, chez les jeunes filles âgées de 15 ans la couverture vaccinale contre les papillomavirus	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer le taux de dépistage du cancer colo rectal de 33,23% à 50% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer le taux de dépistage du cancer du sein de 46% à 65% en 2013 chez les personnes de 50 à 74 ans	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer la détection précoce de la BPCO Nombre d'ALD pour BPCO	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer le dépistage du diabète type 2	Tous les territoires sont concernés							
Améliorer le dépistage du VIH et des hépatites	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Expérimenter un modèle territorial d'animation et de coordination du parcours de santé ➢ Diagnostic des besoins et des ressources dans le champ sanitaire et social ➢ Constitution d'une coordination locale de professionnels, articulée avec le niveau de spécialités de recours et de référence ➢ Structuration de la prise en charge globale du patient en simplifiant le parcours, en proposant un point d'entrée unique pour les patients, les familles et les professionnels (cf. détail dans la partie « maladies chroniques » du document préparatoire analyse par domaine stratégique).								Territoires à définir pour l'expérimentation
Retarder la perte d'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques	Tous les territoires sont concernés							
Prendre en considération cette dimension dans le parcours de soins sans oublier la réadaptation	Tous les territoires sont concernés							
Faire bénéficier le patient des aides nécessaires	Manosque, Riez, les Mées	Laragne-Montéglin, Rosans	Nice Tende, Breil-sur-Roya	Port St Louis Marseille, Marignane, Martigues, Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon, Ste maries de la mer, Chateaurenard, Orgon, Istres, Aubagne	Brignoles, Toulon, La Seyne sur mer, le Luc, Fréjus	Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault		Cantons regroupés vulnérables
Favoriser l'accès aux aides sociales	Manosque, Riez, les Mées	Laragne-Montéglin, Rosans	Nice Tende, Breil-sur-Roya	Port St Louis Marseille, Marignane, Martigues, Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon, Ste maries de la mer,	Brignoles, Toulon, La Seyne sur mer, le Luc, Fréjus	Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
				Chateaurenard, Orgon, Istres, Aubagne				
Soutenir une politique de maintien dans l'emploi (partenariat)	Tous les territoires sont concernés							
Favoriser le maintien du patient dans son milieu de vie habituel	Tous les territoires sont concernés							
Mener une politique d'animation et d'accompagnement des malades et de leur famille	Tous les territoires sont concernés							
Identifier et animer les lieux de rencontre en proximité								Territoires à déterminer
Promouvoir la formation des aidants quand nécessaire	Tous les territoires sont concernés							
Intégrer si besoin les aidants dans les programmes d'éducation thérapeutique	Tous les territoires sont concernés							
Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique réalisé majoritairement en ambulatoire en assurant un maillage territorial sur des pathologies prioritaires : diabète, maladies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires, insuffisance rénale chronique, VIH-SIDA, troubles psychotiques, obésité tout en intégrant des personnes vulnérables sans oublier la population pénitentiaire.	Pathologies prioritaires sur le département Diabète Maladies Cardio vasculaires Pathologies respiratoires Obésité L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats pourront être recherchés entre les 2 territoires. **Digne** • Financer le programme Diabète autorisé sur CH Digne/Les Mées après bilan d'activité	Pathologies prioritaires sur le département ➢ Diabète et Pathologies respiratoires sur Gap ➢ Maladies Cardio vasculaires ➢ Obésité L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats pourront être recherchés entre les 2 territoires. **Gap**	Pathologies prioritaires sur le département ➢ Diabète ➢ Maladies Cardio vasculaires ➢ Pathologies respiratoires ➢ Obésité ➢ Troubles psychotiques L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire. Des partenariats devront être recherchés entre les territoires et le développement devra s'appuyer fortement sur le	Pathologies prioritaires sur le département ➢ Diabète ➢ Maladies Cardio vasculaires ➢ Pathologies respiratoires ➢ VIH-SIDA ➢ I Rénale Chronique ➢ Troubles psychotiques L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire **Marseille** • Financer le programme ETP autorisé pour pathologies respiratoires	Pathologies prioritaires sur le département ➢ Diabète ➢ VIH ➢ Maladies cardio vasculaires ➢ Pathologies respiratoires ➢ Obésité ➢ Troubles psychotiques L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire **Toulon/Hyères** S'appuyer sur le CH de Toulon qui dispose d'une MIG • Ouvrir en ambulatoire le	Pathologies prioritaires sur le département ➢ Diabète ➢ Maladies Cardio vasculaires ➢ Pathologies respiratoires ➢ Obésité ➢ Troubles psychotiques L'éducation thérapeutique doit être préférentiellement ambulatoire et s'appuyer sur les établissements de santé disposant d'une MIG non totalement utilisée. **Apt/ Cavaillon** • -Développer un		•

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
	évaluatif • Développer un programme d'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer un programme d'ETP sur les pathologies respiratoires (BPCO et asthme) avec 50 forfaits • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Développer l'éducation thérapeutique sur la maison de santé pluridisciplinaire en projet sur Castellane sur les thématiques décrites ci dessus • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche	• Développer l'ETP avec au moins 50 forfaits pour le Diabète et 50 forfaits pour les maladies respiratoires • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des	CHU de Nice qui dispose d'un financement MIG. **Menton** • Développer un programme d'éducation thérapeutique (50 forfaits) pour le diabète au niveau de Menton (partenariat avec le CHU de Nice à rechercher) et sur le Haut Pays • Développer l'ETP pour obésité notamment sur Menton (50 forfaits)et sur le Haut Pays (en s'appuyant si possible sur le CHU de Nice et sur les maisons de santé pluridisciplinaires en projet) • Développer un programme	sur l'hôpital dt Joseph après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (100 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (800 forfaits) d'ici 5 ans • Soutenir auprès de l'Assurance maladie la pertinence du financement de la Fédération des réseaux de Marseille (VIH-SIDA) • Développer au moins un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population	programme ETP obésité autorisé sur le CH de Toulon • Développer d'ici 5 ans 400 forfaits supplémentaires d'ETP Diabète de l'adulte en s'appuyant sur le CH de Toulon • Développer l'ETP dans le cadre des maladies respiratoires sur le CH de Toulon (100 forfaits) • Financer le programme obésité autorisé sur la Clinique St Michel en 2012 ou 2013 quand la file active aura augmenté et après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires avec pour cible d'avoir	programme d'ETP sur le diabète, sur les pathologies respiratoires et sur les pathologies cardio vasculaires à partir du CH d'Apt qui a un financement MIG (90 forfaits) • -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Avignon** • Développer un programme d'ETP sur le diabète , sur les pathologies respiratoires et sur l'obésité à partir du CH d'Avignon qui a un financement		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
	éducative **Manosque** • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires, pour diabète et pour pathologies respiratoires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits d'ici 5 ans • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative	généralistes du territoire à la démarche éducative **Briançon** • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans un programme d'ETP pour obésité avec 50 forfaits • Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons de santé pluridisciplinaires en projet sur Aiguilles et L'argentière sur les thématiques décrites ci dessus • Dans tous	pour BPCO et Asthme (50 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires sur Menton et sur le Haut Pays • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Nice** • Développer au moins un programme pour les patients psychotiques en s'appuyant sur le CHU de Nice • Développer des programmes sur	pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Martigues** S'appuyer fortement sur le CH de Martigues qui dispose d'une MIG • -Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (adulte)(80 forfaits) d'ici 5 ans • -Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 à 80 forfaits) • -Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique • -Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans	800 forfaits supplémentaires sur le territoire d'ici 5 ans • Développer un programme d'éducation thérapeutique VIH-SIDA sur le département avec au moins 50 forfaits en s'appuyant sur le CH de Toulon qui dispose de financement • Développer au moins un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des	MIG • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (200 forfaits) • Développer un programme d'éducation thérapeutique pour patients présentant des troubles psychotiques • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Orange/Valréas** • Ouvrir en ambulatoire le programme d'ETP diabète du CH de Valréas d'autant plus que la structure a		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
		ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative	l'ensemble des pathologies prioritaires en s'appuyant sur le CHU de Nice qui devra établir des liens avec les autres territoires pour assurer un maillage en éducation thérapeutique au sein du département • Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons de santé pluridisciplinaire en projet sur Roquebillière, Roquesteron, et Puget Theiner en ciblant les pathologies prioritaires. • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables	(moins prioritaire) • -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Aix** • -Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) et pour pathologies respiratoires (100 forfaits) d'ici 5 ans • -Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 forfaits) • -Développer un programme d'éducation thérapeutique VIH/SIDA sur le territoire d'Aix (50	généralistes du territoire à la démarche éducative **Draguignan** • Financer le programme obésité autorisé sur le CH de Draguignan après bilan évaluatif • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires et dans le cadre des pathologies respiratoires avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes	un financement MIG et développer un partenariat avec le CH d'Orange et Vaison la Romaine • Développer l'ETP pour pathologies respiratoires et pour les pathologies cardio vasculaires en s'appuyant sur le CH de Valréas • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoireà la démarche éducative **Carpentras** • Développer un programme d'ETP sur le diabète, sur les pathologies respiratoires		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
			• Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Cannes/Grasse** • Financer le programme d'ETP autorisé sur le CH Cannes pour BPCO après bilan évaluatif • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Antibes** • Développer un programme pour BPCO et Asthme	forfaits) • -Développer d'ici 5 ans au moins50 forfaits supplémentaires d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique • -Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • -Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Salon** • Développer un programme diabète sur le territoire déficitaire de Salon (cible 50 forfaits d'ici 5 ans) • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires • (80 forfaits)	du territoire à la démarche éducative **Fréjus St Raphael** • Financer le programme ETP Diabète du CH de Fréjus après bilan évaluatif • Développer l'ETP dans le cadre des maladies respiratoires sur Fréjus (100 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires sur Fréjus avec pour cible d'avoir 200 forfaits d'ici 5 ans • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser	et sur les pathologies cardio vasculaires à partir du CH de Carpentras qui a un financement MIG • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative		

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
			(80 forfaits d'ici 5 ans) • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires et pour obésité • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche	d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire (50 forfaits) • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Arles** • S'appuyer sur le CH d'Arles qui dispose d'une MIG • Ouvrir le programme Diabète autorisé sur le CH Arles à l'ambulatoire (50 forfaits)	et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative **Brignoles** • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies cardio vasculaires avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'éducation thérapeutique dans le cadre du diabète avec pour cible d'avoir 100 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'éducation thérapeutique sur la maison de santé pluridisciplinaire en projet à Carcès sur une thématique décrite ci-dessus			

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
				• Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires (80 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires avec pour cible 150 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour obésité en ambulatoire(50 forfaits) • Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique • Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire • Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la	• Dans tous ces projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative			

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
				démarche éducative **Aubagne/La Ciotat** • Développer l'éducation thérapeutique pour pathologies respiratoires sur Aubagne/La Ciotat avec mise en place de 50 forfaits d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour pathologies cardio vasculaires (150 forfaits) d'ici 5 ans • Développer l'ETP pour obésité sur Aubagne/La Ciotat (50 forfaits) d'ici 5 ans • Développer d'ici 5 ans au moins 50 forfaits supplémentaires d'ETP pour Insuffisance Rénale chronique sur Aubagne/La Ciotat • Dans tous ces				

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
				projets faire en sorte de cibler les populations vulnérables, sans oublier la population pénitentiaire Sensibiliser et former au moins 10% des généralistes du territoire à la démarche éducative				
Développer l'éducation thérapeutique sur les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires qui sont en projet actuellement.	Castellane	Aiguilles, L'argentière	Roquebillière Roquestéron Puget-Théniers		Carces			
Favoriser l'intégration des professionnels de santé libéraux (formés à l'éducation thérapeutique) au sein de programmes d'éducation thérapeutique autorisés	Tous les territoires sont concernés							
Développer des coopérations et des partenariats pour assurer le maillage territorial	Tous les territoires sont concernés							
Sensibiliser et former les médecins libéraux à la démarche éducative indispensable pour assurer le continuum avec les programmes d'éducation thérapeutique	Tous les territoires sont concernés							
Faire connaître les programmes autorisés en PACA	Tous les territoires sont concernés							
Inciter les porteurs de programmes à intégrer les associations de patients (ou patient « expert ») dans leur élaboration et leur mise en œuvre.								Sans lien avec le territoire
Promouvoir l'articulation « programmes d'éducation thérapeutique/ accompagnement des patients réalisé par les associations ».								Sans lien avec le territoire
Changer les représentations collectives de la maladie chronique	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
et lutter contre les discriminations en modifiant l'image et les représentations de certaines maladies chroniques : offrir une visibilité sociale et assurer une mobilisation collective sur le thème des maladies chroniques								
Faire connaître, sensibiliser, communiquer sur le sujet	Tous les territoires sont concernés							
Domaine stratégique : SANTE MENTALE ET ADDICTIONS								
Faire une cartographie des professionnels de santé de 1er recours ayant bénéficié d'une formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires, à partir de la nouvelle organisation mise en place en PACA	Tous les territoires sont concernés							
Promouvoir dans chaque département la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) actuellement organisée dans les Bouches du Rhône seulement (cf rapport Couty changer le regard de la société)	Digne	Gap	Nice		Toulon	Avignon		
Développer des actions pour la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement	Tous territoires sont concernés et en priorité Digne	Tous territoires sont concernés et en priorité Gap	Tous territoires sont concernés et en priorité Nice	Tous territoires sont concernés et en priorité Marseille	Tous territoires sont concernés et en priorité Toulon	Tous territoires sont concernés et en priorité Avignon		
Développer des instances pour mieux coordonner les différents partenaires impliqués dans la prise en charge des adolescents en amont et en aval afin d'éviter les ruptures dans le parcours de prise en charge des adolescents	Digne	Gap	Nice		Toulon	Avignon,		Chefs lieux de département, instance déjà existante à Marseille
Développer un partenariat avec l'URPS (médecins) pour :	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
➢ connaître l'impact de l'a diffusion du CDROM contenant les outils permettant d'optimiser le diagnostic en matière de dépression ➢ et en fonction du résultat, renouveler et étendre cette action								
Développer un partenariat avec la direction régionale du service médical de l'assurance maladie pour une amélioration des compétences des médecins généralistes en matière de dépistage de la dépression et du bon usage des psychotropes	Tous les territoires sont concernés							
Mener une réflexion à partir de l'action portée par le CHS Montperrin (BDR) "enquête aux urgences sur les tentatives de suicide pour une prévention de la récidive. » et portant sur : ➢ la dynamique de liaison et de coordination entre les différents intervenants hospitaliers et externes à l'hôpital par la réalisation d'un maillage territorial, ➢ l'amélioration des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des épisodes dépressifs majeurs et des troubles bipolaires	Manosque		Antibes, Cannes-Grasse	Marseille	Draguignan, Toulon	Avignon		A 5 ans, en fonction des résultats, déterminer les possibilités d'extension sur les territoires de proximité en surmortalité par suicide des 15/34 ans
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	Digne : Manosque	Gap	Nice Antibes, Cannes-Grasse	Marseille	Draguignan, Toulon	Avignon,		A engager dans la première période du schéma Chefs lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides des 15/34 ans

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
Pour les détenus : ➢ Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions, évaluation conjointe des actions de prévention ➢ 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 des services pénitentiaires	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon,		Tous les territoires avec établissements pénitentiaires
Pour les jeunes 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	Digne Manosque	Gap	Nice Antibes, Cannes-Grasse	Marseille	Draguignan, Toulon	Avignon,		A engager dans la première période du schéma Chefs lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides 15/34 ans
Pour les jeunes Promouvoir des actions de repérage de la souffrance psychique auprès des travailleurs sociaux	Digne Manosque	Gap	Nice Antibes, Cannes-Grasse	Marseille	Draguignan, Toulon	Avignon,		A engager dans la première période du schéma Chefs lieux des départements et territoires en surmortalité par suicides 15/34 ans
Evaluer le réseau ASMA à destination des jeunes. En fonction des résultats extension de réseaux à d'autres territoires				Marseille				
En population générale, développer le repérage et l'orientation des personnes ayant	Manosque, Riez ,	Laragne-Montéglin Rosans	Nice Tende, Breil-sur-Roya	Port St Louis Marseille, Martigues,	Brignoles, Draguignan, Toulon, La Seyne sur mer, le Luc, Fréjus	Avignon, Valréas, Bollène,		Cantons regroupés avec surmortalité due à

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
des usages problématiques de produits psycho actifs Promouvoir des méthodes techniques et outils validés et recommandés, auprès des médecins généralistes et des professionnels de santé et sociaux, pour leur mise en œuvre quels que soient le territoire, l'âge, l'addiction, les co morbidités. Exemples de méthodes et outils : le RPIB (repérage précoce intervention brève), l'entretien motivationnel, le conseil minimal pour le tabac, le questionnaire DETA pour l'alcool etc.…				Vitrolles, Arles, Tarascon, Salon, Ste maries de la mer, Chateaurenard, Orgon, Istres, Aubagne		Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Saut		l'alcool et Cantons regroupés vulnérables
Promouvoir des actions de réductions des risques chez les publics usagers de drogues licites et illicites Il concerne particulièrement : les usagers ne sollicitant pas les dispositifs de prise en charge et de réduction des risques, ou situés sur des territoires éloignés des dispositifs d'offre de soins, ou en errance, ou participant aux milieux festifs alternatifs (vie en squat, free party etc..).	Tous les territoires sont concernés							
En détention, améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins (Application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 MILDT) – Actions déjà engagées dans le cadre du schéma d'addictologie transversal (juillet 2010), maintenir et poursuivre la transversalité avec le SROS et le SROMS Repérage pour la mise en place	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon,		Tous les territoires avec établissements pénitentiaires

Annexe 13 : Répartition des objectifs par territoires

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU SRP VOLET PPS	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Région	Observations
d'une prise en charge ad hoc, diffusion du guide des bonnes pratiques sur les traitements de substitution en prison								
Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral la région PACA a fait partie de l'enquête PREVACAR (état des lieux des mesures de RDR en prison et recommandations pour leur mise en œuvre) En fonction des résultats de l'enquête, développer des actions	Digne	Gap	Nice Grasse	Aix, Arles, Tarascon, Marseille, Salon	Toulon Draguignan	Avignon,		Tous les territoires avec établissements pénitentiaires
Développer des programmes de prévention favorisant l'acquisition de compétences individuelles et psycho-sociales auprès des jeunes (scolarisés Education Nationale, en apprentissage, détenus, en foyer, en centres socio éducatifs, étudiants, élèves du secteur agricole etc).	Tous les territoires sont concernés							

Annexe 14
Stratégie proposée pour réduire les inégalités de santé

La définition d'une stratégie pour réduire les inégalités de santé ne va pas de soi.
Quelques pays européens ont élaboré des stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé ; c'est notamment le cas du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Suède[30].
Le Royaume-Uni a défini d'emblée des objectifs quantifiés. Les Pays-Bas ont procédé à la mise en œuvre de plusieurs expérimentations locales.
Dans ces trois pays, des volets visant à agir sur les déterminants sociaux des ISS, en amont du système sanitaire ont été mis en œuvre.
Au Royaume-Uni, certains des objectifs portaient sur des états de santé : diminution de la mortalité infantile, réduction de la différence d'espérance de vie à la naissance entre les zones les plus défavorisées et la moyenne nationale. Ces objectifs ont été complétés par des objectifs portant sur des causes de mortalité plus précises :

- Réduction de 40% de l'écart de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre les zones défavorisés et l'ensemble du pays
- Réduction de 6% de l'écart de mortalité par cancer entre ces zones et l'ensemble du pays.

Certains déterminants ont été visés directement :

- Réduction de la prévalence du tabac chez les travailleurs manuels

Ou indirectement dans la mesure où les publics sont plus souvent pauvres :

- Diminution de 50% des grossesses non désirées chez les moins de 18 ans
- Arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants de moins de 11 ans.

Plus globalement un vaste programme interministériel déclinait 4 axes d'interventions :

- Soutien aux familles, aux mères et aux enfants,
- Promotion de l'engagement communautaire,
- Prévention et accès aux soins efficaces
- Actions sur les déterminants sociaux de la santé.

Enfin les acteurs de soins primaires sont appelés à développer des actions orientés vers les publics cibles, particulièrement dans les quartiers défavorisés :

- Arrêt du tabac,
- Amélioration de la nutrition, promotion de l'allaitement maternel et de l'activité physique
- Accès au dépistage et au traitement (cancers, maladies coronariennes) dans les zones les moins bien couvertes.

Les autorités locales sont invitées à s'inscrire dans ces politiques dans le cadre de contrats locaux d'objectifs.
Les premiers éléments d'évaluation suggèrent l'efficacité des politiques retenues. Par exemple, les programmes de soutien à la petite enfance semblent améliorer le développement et l'indépendance des enfants, réduire les risques parentaux et favoriser l'utilisation des services sociaux[31].
S'il n'est pas possible de comparer un programme national d'une telle ampleur avec la politique régionale que peut définir l'ARS, il semble que sur la base de cet exemple et des autres expériences en cours quelques conclusions peuvent être tirées :

- La définition d'une politique nationale, visant explicitement la réduction des ISS et comportant des objectifs de réduction des inégalités économiques et sociales est un élément de renforcement essentiel pour une politique régionale ;
- La définition d'objectifs quantifiés et opérationnels est une étape importante pour la coordination, l'évaluation et le suivi des actions ;
- La coordination des politiques et des acteurs au niveau régional et local est essentielle, sur la base d'objectifs partagés, ceux-ci pouvant faire l'objet d'un contrat local de santé (CLS) ;
- L'organisation du système de soins primaires doit permettre une égalité effective d'accès aux soins, et amener les populations à une meilleure gestion de leur maladie[32].

Sur cette base, il est possible de proposer la stratégie régionale suivante :

- ⇨ **Promotion de la santé** : programmes territoriaux sur les territoires cumulant vulnérabilité sociale et dégradation de l'état de santé (analysée à partir de la mortalité prématurée et des

---

[30] L'ensemble des informations de ce paragraphe sur le Royaume-Uni est tiré de COUFFINHAL A., DOURGNON P. et alii *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen*. IRDES. Questions d'économie de la santé n°93 février 2005. p.3
[31] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé.* Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : p. 79
[32] Potvin L op. cit.

ALD), en incluant la prise en compte de déterminants ne relevant pas ou seulement partiellement de l'ARS tels que cadre de vie/habitat, environnement et réussite scolaire.

- ⇨ **Prévention de certaines maladies ou de certains risques** : surpoids/obésité, tabac, risques professionnels, santé bucco-dentaire
- ⇨ **Prévention ciblée pour certaines maladies** : diabète, asthme, santé mentale (souffrance psychique notamment en lien avec le cadre de vie)
- ⇨ **Accès aux droits et aux soins pour tous les publics vulnérables** en développant un volet spécifique pour les migrants, les détenus et les personnes handicapées (cf. domaine stratégique Vieillissement-Handicap)), en lien avec le SROS (notamment le SROS ambulatoire) et le SROMS. Dans ce cadre, une attention particulière sera apportée à un accès approprié de ces publics en particulier à l'hôpital en veillant en particulier à ce que les personnels les plus concernés soient à même de proposer un accueil adapté. L'accès à l'Aide Complémentaire Santé fera l'objet d'actions spécifiques.
- ⇨ **Prise en charge des besoins particuliers des personnes sans chez-soi** dans le cadre du PRAPS. Conformément au rapport Girard, l'objectif général pourrait être «*plus de personnes malades à la rue*» et la stratégie proposée dans le rapport pourrait être partiellement reprise.

Les actions de prévention devront être déclinées spécifiquement selon les différents publics.

✶✶✶

SCHEMA REGIONAL

D'ORGANISATION DE SOINS

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION 11

1.1 Le SROS : un outil adapté au contexte régional 11

1.1.1 La recherche de l'équilibre entre qualité et accessibilité géographique 11

1.1.2 Un contexte économique très contraint 11

1.1.3 Les grands traits de l'évolution démographique de la région PACA 11

1.1.4 Une offre de soins dense, mais inégalement répartie 12

1.2 Le SROS : un outil de mise en œuvre, dans le champ sanitaire des objectifs prioritaires de la politique régionale de santé. 14

1.2.1 Lutter contre les inégalités de santé 14

1.2.2 Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant 15

1.2.3 Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : favoriser le développement d'un modèle territorial et le développement de l'éducation thérapeutique 15

1.2.4 Promouvoir la santé mentale et lutter contre les addictions 16

1.2.5 Prendre en compte les spécificités du handicap et du vieillissement 17

1.2.6 Contribuer à la veille sanitaire et à la gestion des crises 18

1.2.7 Améliorer l'efficience, la qualité et la sécurité des soins 18

1.2.8 Garantir le respect des droits des usagers 20

1.2.9 Favoriser le développement d'outils et systèmes d'information 20

2 L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE 21

2.1 Le diagnostic de l'offre de soins ambulatoires 22

2.1.1 La démographie médicale en région Paca 22

2.1.2 Eléments de méthode 22

2.1.2.1 Définition des espaces de santé de proximité (ESP) 22

2.1.2.2 Sélection des ESP fragiles et à risque 23

2.1.3 Le diagnostic par territoire de santé 24

2.1.3.1 Les Alpes de Haute Provence 24

2.1.3.2 Les Hautes Alpes 25

2.1.3.3 Les Alpes Maritimes 25

2.1.3.4 Les Bouches du Rhône 25

2.1.3.5 Le Var 26

2.1.3.6 Le Vaucluse 26

2.2 Les objectifs généraux 27

2.2.1 L'intégration des politiques publiques 27

2.2.1.1 L'installation de la commission de coordination pour l'offre de proximité (CCOP) 27

2.2.1.2 Le développement de la plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé (PAPS) 27

2.2.2 L'amélioration de l'accès aux soins 28

2.2.2.1 Renforcer l'accès géographique aux soins 28

2.2.2.2 Faciliter l'accès économique et socioculturel aux soins 29

2.2.3 La modernisation des pratiques : 29

2.2.3.1 Développer le rôle des professionnels de santé de proximité dans le champ de la prévention 29

2.2.3.2 Organiser la coordination territoriale 30

2.2.3.3 Faciliter la prise en charge des personnes âgées par les acteurs de santé de proximité : 30

2.2.3.4 Impliquer les acteurs de soins de proximité dans la veille et la sécurité sanitaire 30

2.2.3.5 Développer l'éducation thérapeutique en ambulatoire 31

2.2.3.6 Faciliter l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles de la santé mentale ... 31

2.2.3.7 Développer le bon usage de la télémédecine ... 31

2.2.3.8 Inscrire la permanence des soins ambulatoire (PDSA) dans le prolongement de l'offre de proximité ... 31

2.2.4 L'accompagnement des professionnels de santé de proximité dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité ... 32

2.2.4.1 Développer les coopérations entre professionnels de santé ... 32

2.2.4.2 Fluidifier les parcours de soins en amont et en aval de l'hôpital ... 32

2.2.4.3 Accompagner le développement des groupes qualité ... 33

2.2.4.4 Mettre en œuvre le développement professionnel continu (DPC) ... 33

2.2.4.5 Développer une politique de contractualisation : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) ... 33

2.3 Plans d'action ... 33

3 L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE ... 34

3.1 Gradation des soins hospitaliers et coopérations territoriales ... 34

3.1.1 Gradation des soins hospitaliers ... 34

3.1.1.1 Le niveau de proximité ... 34

3.1.1.2 Le niveau de « recours infrarégional » ... 34

3.1.1.3 Le niveau de « recours régional » ... 35

3.1.1.4 Le niveau de « recours interrégional » voire de référence nationale ... 35

3.1.2 Coopérations territoriales ... 35

3.2 Les missions de service public des établissements de santé ... 36

3.2.1 La recherche ... 36

3.2.2 L'enseignement universitaire et post universitaire ... 37

3.2.3 Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ... 37

3.2.4 La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) ... 37

3.2.5 L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ... 37

3.2.6 La formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ... 37

3.2.7 Les actions d'éducation pour la santé et de prévention et leur coordination ... 38

3.2.8 La prise en charge des soins palliatifs ... 38

3.2.9 Les soins dispensés aux personnes détenues ... 38

3.2.10 La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels, institutions et associations qui œuvrent dans ce domaine ... 38

3.2.11 Les actions de santé publique ... 39

3.2.12 La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ... 39

3.2.13 Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ; ... 39

3.2.14 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. ... 39

3.3 La régulation de l'activité des établissements de santé ... 40

3.3.1 Les implantations ... 40

3.3.2 Pertinence des actes et des modalités de prise en charge ... 40

3.3.3 La régulation quantitative de l'activité ... 40

4 ACTIVITES DE SOINS RELEVANT DU SROS 41

4.1 Médecine 43

4.1.1 Analyse de l'existant 43

4.1.1.1 Production et consommation hospitalière en médecine 43

4.1.1.2 Les « ex hôpitaux locaux » 45

4.1.1.3 L'Hospitalisation à Domicile (HAD) 45

4.1.1.4 La prise en charge pédiatrique 45

4.1.1.5 La prise en charge gériatrique 45

4.1.2 Objectifs généraux 46

4.1.2.1 Une offre hospitalière en médecine graduée en fonction des besoins de plateau technique 46

4.1.2.2 Redéfinir le rôle des « ex hôpitaux locaux » 46

4.1.2.3 Assurer une prise en charge polyvalente de proximité 47

4.1.2.4 Des plateaux techniques médico-chirurgicaux et interventionnels 47

4.1.2.5 Une offre de référence sur des sites hyperspécialisés 47

4.1.2.6 Proposer des modes de prise en charge alternatifs adaptés 47

4.1.2.7 Organiser le parcours du patient 49

4.1.2.8 Améliorer l'efficience et la qualité des soins 51

4.1.3 Tableau de bord de suivi de l'activité 51

4.1.3.1 Suivi de l'activité médecine 51

4.1.3.2 Suivi de l'HAD 52

4.1.4 Implantations par territoire 52

4.2 Oxygénothérapie Hyperbare 57

4.2.1 Bilan de l'existant en région PACA 57

4.2.1.1 Les caissons en PACA 57

4.2.1.2 Activité 2010 57

4.2.2 Orientations générales 58

4.2.2.1 Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins 58

4.2.2.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins 59

4.2.2.3 Améliorer l'efficience 60

4.2.2.4 Améliorer la connaissance 60

4.2.3 Implantations 60

4.2.3.1 Critères d'implantation 60

4.2.3.2 Objectifs quantifiés en termes d'implantations et d'équipements en région PACA 60

4.2.4 Tableau de bord de suivi de l'activité 61

4.3 Chirurgie 63

4.3.1 Rappels de l'existant et du contexte 63

4.3.1.1 Bilan des implantations 63

4.3.1.2 Production de séjours par les établissements 64

4.3.1.3 Taux de recours aux soins de chirurgie de la population résidente 66

4.3.1.4 Professionnels de santé concernés 67

4.3.2 Evolutions prévisibles 68

4.3.2.1 La démographie des professionnels 68

4.3.2.2 Les structures 68

4.3.2.3 Les pratiques 68

4.3.3 Objectifs généraux et opérationnels 69

4.3.3.1 Développer la chirurgie ambulatoire 69

4.3.3.2 Organiser une offre de soins graduée sur le territoire. 71

4.3.3.3 Assurer la réponse aux urgences 73

4.3.3.4 Améliorer la qualité, la sécurité des soins et l'efficience 74

4.3.3.5 Objectifs spécifiques à certaines activités ... *75*
4.3.4 Implantations ... 76
4.3.5 Tableau de bord de suivi de l'activité ... 78

4.4 Périnatalité ... 80
4.4.1 Les éléments du contexte ... 80
4.4.1.1 Bilan de l'existant ... *80*
4.4.1.2 Les évolutions prévisibles ... *82*
4.4.2 Objectifs ... 83
4.4.2.1 Donner à toutes les femmes la possibilité de choisir le moment de la grossesse ... *83*
4.4.2.2 Garantir l'accessibilité financière pour la femme, la mère ou l'enfant ... *83*
4.4.2.3 Améliorer l'accès et la qualité du suivi de la grossesse ... *83*
4.4.2.4 Adapter le niveau de la médicalisation aux besoins de la mère et du nouveau né et faire de la naissance un moment privilégié au cours duquel l'environnement consolide le lien qui s'est établi pendant la grossesse entre la mère et son enfant ... *85*
4.4.2.5 Après la naissance ... *86*
4.4.2.6 Coordination ... *88*
4.4.2.7 Amélioration de la connaissance ... *88*
4.4.3 Objectifs quantifiés par territoire ... 88
4.4.3.1 Implantations en 2016 ... *88*
4.4.4 Indicateurs de suivi de l'activité des établissements de santé ... 90

4.5 Assistance médicale à la procréation (AMP) et diagnostic prénatal (DPN) ... 92
4.5.1 AMP ... 92
4.5.1.1 Bilan de l'existant : ... *92*
4.5.1.2 Objectifs généraux et spécifiques ... *94*
4.5.1.3 Implantation par territoire de sante: ... *96*
4.5.1.4 Indicateurs de suivi et d'évaluation : ... *97*
4.5.2 DPN ... 97
4.5.2.1 Bilan de l'existant ... *98*
4.5.2.2 Objectifs généraux du SROS ... *99*
4.5.2.3 Modalités de suivi ... *102*
4.5.2.4 Implantations par territoire ... *102*

4.6 Psychiatrie ... 105
4.6.1 Le contexte ... 105
4.6.2 Les évolutions prévisibles ... 107
4.6.2.1 La démographie des professionnels de santé ... *107*
4.6.2.2 Les structures et les pratiques ... *107*
4.6.3 Les objectifs ... 107
4.6.3.1 Organiser le parcours du patient en psychiatrie générale : ... *108*
4.6.3.2 La Pédopsychiatrie ... *111*
4.6.3.3 Améliorer la qualité et l'efficience ... *113*
4.6.4 Implantations par territoire ... 113
4.6.5 Tableau de bord de suivi de l'activité ... 119

4.7 Soins de suite et de réadaptation ... 121
4.7.1 Contexte ... 121
4.7.1.1 Un nombre élevé de lits de SSR et un nombre élevé de structures de faible capacité ... *121*
4.7.1.2 Un taux de recours régional élevé en hospitalisation complète ... *123*
4.7.1.3 Un solde attractivité – fuite positif ... *123*
4.7.2 Orientations générales ... 124
4.7.2.1 SSR adultes ... *124*

4.7.2.2 SSR enfants - adolescents ... *132*
4.7.3 Implantations par territoire (y compris HIA) ... 135
4.7.3.1 Territoire 04 - Alpes de Haute Provence ... *136*
4.7.3.2 Territoire 05 – Hautes Alpes ... *137*
4.7.3.3 Territoire 06 – Alpes Maritimes ... *138*
4.7.3.4 Territoire 13 – Bouches du Rhône ... *139*
4.7.3.5 Territoire 83 - Var ... *140*
4.7.3.6 Territoire 84 - Vaucluse ... *141*
4.7.4 Tableau de bord de suivi de l'activité ... 142

4.8 Soins de longue durée ... 144
4.8.1 Bilan de l'existant ... 144
4.8.2 Les objectifs ... 145
4.8.2.1 Les objectifs et indicateurs de suivi 2011-2016 des USLD : ... *145*
4.8.2.2 Les implantations ... *146*
4.8.2.3 Tableau de bord de suivi de l'activité ... *147*
4.8.3 Les unités d'hébergement renforcées en USLD (mesure 16 du plan Alzheimer) ... 147

4.9 Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie ... 149
4.9.1 Le contexte en région PACA ... 149
4.9.1.1 L'offre ... *149*
4.9.1.2 L'activité ... *149*
4.9.2 Les objectifs ... 150
4.9.2.1 Améliorer la prise en charge de l'urgence ... *150*
4.9.2.2 Améliorer l'organisation de la filière ... *151*
4.9.2.3 Améliorer les pratiques ... *152*
4.9.3 Les implantations ... 153
4.9.4 Tableau de bord de suivi de l'activité ... *154*

4.10 Médecine d'urgence ... 156
4.10.1 Bilan de l'existant ... 156
4.10.1.1 Structures de prise en charge des urgences hospitalières et préhospitalières ... *156*
4.10.1.2 Permanence des soins ambulatoires ... *162*
4.10.2 Orientations stratégiques ... 162
4.10.2.1 La Permanence des soins ambulatoire (PDSA) ... *163*
4.10.2.2 La régulation ... *164*
4.10.2.3 Les SMUR ... *165*
4.10.2.4 Les transports sanitaires non médicalisés régulés par le Centre 15 ... *166*
4.10.2.5 L'accueil des urgences ... *166*
4.10.2.6 Accessibilité ... *166*
4.10.2.7 Implantations par territoire ... *169*
4.10.3 Indicateurs de suivi ... 170
4.10.3.1 Activité de PDSA ... *170*
4.10.3.2 Activité du SAMU et des SMUR ... *170*
4.10.3.3 Activité des structures d'urgence ... *171*

4.11 Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) ... 173
4.11.1 Définition ... 173
4.11.2 Obligations règlementaires de PDSES ... 173
4.11.2.1 Consécutives à la participation au dispositif régional de PDSES ... *173*
4.11.2.2 Consécutives aux conditions techniques de fonctionnement de la PDSES ... *173*

4.11.3 Enjeux du schéma cible de PDSES 174
4.11.3.1 Améliorer l'accès aux soins 174
4.11.3.2 Améliorer la qualité de prise en charge 174
4.11.3.3 Améliorer l'efficience 174
4.11.4 Méthode 174
4.11.5 Schéma cible 175
4.11.5.1 Principes et objectifs généraux 175
4.11.5.2 Objectifs stratégiques 175
4.11.5.3 Objectifs opérationnels par territoire 176
4.11.5.4 Suivi et évolution du schéma 176
4.11.6 Tableau de bord de suivi de l'activité 177

4.12 Réanimation soins intensifs et surveillance continue 183
4.12.1 Références 183
4.12.2 Définitions 183
4.12.3 Orientation régionales 183
4.12.3.1 Accessibilité et proximité 183
4.12.3.2 Qualité et sécurité 184
4.12.3.3 Efficience 186
4.12.3.4 Réseau de prélèvement d'organes 187
4.12.4 Réanimation adulte 188
4.12.4.1 Bilan de l'existant 188
4.12.4.2 Activité 188
4.12.4.3 Evolution à 5 ans 193
4.12.4.4 Programme de travail 194
4.12.5 Réanimation pédiatrique 195
4.12.5.1 Bilan de l'existant 195
4.12.5.2 Activité 195
4.12.5.3 Evolution à 5 ans 197
4.12.5.4 Programmes de travail 198
4.12.6 Tableau de bord de suivi de l'activité 199
4.12.7 Annexes 200

4.13 Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique par épuration extra rénale 220
4.13.1 Contexte 220
4.13.1.1 Epuration extra rénale 220
4.13.1.2 Greffe rénale 221
4.13.1.3 Prévention – dépistage de l'IRC 221
4.13.2 Orientations générales 222
4.13.2.1 Epuration extra rénale 222
4.13.2.2 Greffe rénale 224
4.13.3 Objectifs quantifies par territoire 225
4.13.3.1 Implantations 225
4.13.3.2 Répartition de l'activité par modalité de dialyse 225
4.13.4 Tableau de bord de suivi de l'activité 225
4.13.4.1 Indicateurs épidémiologiques et d'activité issus du registre REIN 225
4.13.4.2 Indicateurs issus de la base de données des greffes de l'Agence de Biomédecine 226
4.13.4.3 Indicateurs « objectif greffe » 226
4.13.4.4 Indicateurs d'activité transmis à l'ARS par chaque structure de traitement 226

4.14 Traitement du cancer 228

4.14.1 Etat des lieux 228
4.14.1.1 Bilan de l'activité de chirurgie des cancers 228
4.14.1.2 Bilan de l'activité de chimiothérapie 228
4.14.1.3 Bilan de l'activité de radiothérapie externe et curiethérapie 228
4.14.1.4 Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées 229
4.14.2 Niveau régional 230
4.14.2.1 Le réseau régional de cancérologie et les 3C 230
4.14.2.2 Le pôle régional de cancérologie 231
4.14.2.3 Le cancéropôle – les tumorothèques – l'équipe mobile de recherche clinique 231
4.14.3 Niveau territorial 232
4.14.3.1 Les établissements autorisés 232
4.14.3.2 Les établissements associés 235
4.14.3.3 Les réseaux de proximité polyvalents 235
4.14.4 Les prises en charge spécifiques 235
4.14.4.1 La prise en charge des personnes âgées : oncogériatrie 235
4.14.4.2 La prise en charge des enfants : oncopédiatrie 236
4.14.4.3 La prise en charge des cancers rares 236
4.14.4.4 Populations à risque 236
4.14.4.5 Dépistage des cancers 237
4.14.5 Evaluation et qualité 237
4.14.5.1 Les réunions de morbi-mortalité 237
4.14.5.2 L'auto-évaluation des pratiques 237
4.14.6 Suivi du SROS tableaux de bord des activités 237
4.14.6.1 Les différentes activités soumises à autorisations 237
4.14.6.2 Les structures de coordination 238
4.14.7 Implantations par territoire 239

4.15 Examen des caractéristiques génétiques (génétique post-natale) 241
4.15.1 Bilan de l'existant 241
4.15.1.1 Les acteurs du domaine de la génétique post-natale 241
4.15.1.2 Les implantations actuelles 241
4.15.2 Objectifs 246
4.15.2.1 Objectifs généraux du SROS 246
4.15.2.2 Objectifs régionaux du SROS 247
4.15.3 Modalités de suivi 248
4.15.4 Implantations 248

4.16 Imagerie médicale imagerie en coupe 251
4.16.1 Introduction 251
4.16.2 Données techniques 251
4.16.2.1 IRM 251
4.16.2.2 Scanners 251
4.16.3 Bilan de l'existant de l'imagerie en coupe en région PACA 252
4.16.3.1 Scanner 252
4.16.3.2 IRM 252
4.16.4 Démographie des radiologues 253
4.16.5 Les orientations générales 254
4.16.5.1 Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins 254
4.16.5.2 Amélioration de l'accès au scanner 256
4.16.5.3 Amélioration de l'accès à la radiologie interventionnelle (R.I) 256
4.16.5.4 Etablissements de santé assurant des missions d'enseignement universitaire et post universitaire et de recherche 258

4.16.5.5 Améliorer la qualité et la sécurité des soins *258*
4.16.5.6 Améliorer l'efficience *258*
4.16.5.7 Développer les Systèmes d'Information en Imagerie *259*
4.16.5.8 Adapter l'offre de soins aux contraintes : la téléradiologie *259*
4.16.6 Le schéma cible d'organisation régionale 259
4.16.6.1 Assurer la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) *260*
4.16.7 Cahier des charges d'une demande d'autorisation d'équipement matériel lourd 260
4.16.8 Objectifs quantifies : sites d'implantation et équipements 261
4.16.8.1 Scanners *262*
4.16.8.2 IRM *264*
4.16.9 Indicateurs d'évaluation - Scanner et IRM 266

4.17 Imagerie médicale médecine nucléaire 269
4.17.1 Bilan de l'existant en région PACA 269
4.17.1.1 Caméras à scintillation *269*
4.17.1.2 Tomographie par émissions de positons (TEP) *269*
4.17.1.3 Démographie des médecins nucléaires *270*
4.17.1.4 Activité des centres 2010 ..... *270*
4.17.2 Les orientations générales 274
4.17.2.1 Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins *274*
4.17.2.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins *275*
4.17.2.3 Améliorer l'efficience : regroupements de plateaux techniques, coopérations entre établissements. *275*
4.17.3 Objectifs quantifiés en termes de sites d'implantation et d'équipements 275
4.17.4 Evaluation de l'activité 277

4.18 Soins palliatifs 281
4.18.1 Rappels de l'existant et du contexte 281
4.18.1.1 Les Unités de soins palliatifs (USP) : *281*
4.18.1.2 Les Lits Identifiés en soins palliatifs (LISP) *281*
4.18.1.3 Les Equipes Mobiles de soins palliatifs (EMSP) *281*
4.18.1.4 Les Réseaux de soins palliatifs *281*
4.18.1.5 Les autres acteurs des soins palliatifs *281*
4.18.2 Evolutions prévisibles : les orientations régionales 281
4.18.3 Objectifs 282
4.18.3.1 Organiser le parcours du patient *282*
4.18.3.2 Améliorer la qualité et l'efficience *283*
4.18.3.3 Déterminer les implantations par territoire *283*
4.18.4 Suivi et indicateurs 286

4.19 Soins aux personnes détenues 288
4.19.1 L'existant et le contexte (année 2009) 288
4.19.1.1 L'offre : implantation des unités sanitaires *288*
4.19.1.2 L'activité somatique et psychiatrique *288*
4.19.1.3 Les professionnels de santé *289*
4.19.2 Evolutions prévisibles 290
4.19.2.1 La démographie des professionnels *290*
4.19.2.2 Les structures pénitentiaires *290*
4.19.2.3 L'évolution des besoins de santé *290*
4.19.3 Objectifs 290
4.19.3.1 Organiser le parcours du patient *290*
4.19.3.2 Améliorer la qualité et l'efficience *291*

4.19.3.3 Recommandations pour les établissements ... 291
4.19.4 Le suivi et les indicateurs ... 293

5 AUTRES DOMAINES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ... 294

5.1 Eléments planification biologie médicale ... 294
5.1.1 Contexte de la reforme ... 294
5.1.2 Présentation des données relatives a la biologie medicale en Paca ... 295
5.1.2.1 Biologie hospitalière ... 295
5.1.2.2 Biologie libérale ... 296
5.1.2.3 Couverture des besoins de la population ... 299
5.1.2.4 Avancée dans la démarche d'accréditation ... 299
5.1.3 Perspectives d'évolution ... 300
5.1.3.1 Orientations nationales ... 300
5.1.3.2 Perspectives régionales ... 300

5.2 Eléments de planification transfusion sanguine ... 302

6 PRINCIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI ... 303

7 GLOSSAIRE ... 304

8 INDEX ... 309

9 ANNEXES ... 313

Annexes SROS - Chapitre Ambulatoire 313

Annexes SROS - Chapitre Urgence 342

1 Introduction

1.1 Le SROS : un outil adapté au contexte régional

1.1.1 La recherche de l'équilibre entre qualité et accessibilité géographique

Les deux volets de ce schéma, ambulatoire et hospitalier, sont complémentaires. Ils prévoient l'optimisation du parcours de santé entre des soins gradués, répartis et coordonnés sur le territoire et une offre de soins de proximité organisée garantissant ainsi l'accès de tous à des soins de qualité.

Le volet ambulatoire de ce SROS vise ainsi à améliorer l'accès sur l'ensemble du territoire à une offre de soins de proximité.

Le volet hospitalier a pour objectifs :

- la sécurité sanitaire des établissements de santé,
- la qualité des soins et l'efficience médico-économique,
- l'accessibilité géographique.

1.1.2 Un contexte économique très contraint

Le SROS contribue à améliorer l'efficience globale de l'offre de soins régionale dans le cadre financier fixé par l'ONDAM. Il veille à améliorer l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de la population. Il anticipe les transformations de l'offre de soins vers des organisations plus efficientes, qui mobilisent des outils favorisant la qualité des soins.

1.1.3 Les grands traits de l'évolution démographique de la région PACA

Le solde migratoire, moteur de la croissance démographique
Depuis 1968, la population de la région a augmenté de moitié, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de près de 1 %. Ces dernières années, la progression se ralentit pour se situer à environ + 0,7 % en moyenne annuelle A terme, l'accroissement de la population sera porté exclusivement par le solde migratoire, essentiellement en provenance des autres régions de la métropole.

Evolution des populations départementales entre 2010 et2020
Source : INSEE

	Population 2010		Variations 2010 - 2020		Population 2020	
	(en millier)	%	En nombre	En pourcentage	(en millier)	%
Alpes-de-Haute-Provence	161	3,3	+ 16	9,9	177	3,4
Hautes-Alpes	136	2,7	+ 10	7,4	146	2,8
Alpes-Maritimes	1 096	22,1	+ 38	3,5	1 134	21,8
Bouches-du-Rhône	1 986	40,1	+ 76	3,8	2 062	39,7
Var	1 022	20,6	+ 76	7,4	1 098	21,1
Vaucluse	549	11,1	+ 34	6,2	583	11,2
PACA	**4 950**	**100,0**	**+ 250**	**5,1**	**5 200**	**100,0**

Des évolutions différenciées : le Var rattrape les Alpes Maritimes
Dans le contexte d'une augmentation de la population de l'ordre de 5% à l'horizon 2020, les départements (Alpes de Haute-Provence et Hautes Alpes) connaîtront une augmentation très supérieure (+9.9 et +7.4%) Le Var connaîtra également une croissance forte (+ 7,4 %), égale à celle des Hautes Alpes mais avec une population huit fois supérieure et constituera l'évolution la plus notable.

Compte tenu des volumes de population, 60 % de l'accroissement régional de la population sera portée par deux départements : les Bouches du Rhône et le Var.

Le vieillissement : la moitié de l'accroissement fournie par les plus de 75 ans
L'augmentation de la population s'accompagne de son vieillissement. Pour une croissance globale de 5 % de l'ensemble de la population, les personnes de 60 ans et plus représenteront l'essentiel de cet accroissement : les personnes âgées de 75 ans et plus augmentent de 25% et passeront de 10,3 % de la population régionale en 2010 à 12,3 % en 2020. Les personnes de 60 à 74 ans progressent de 11 %.
Là encore, ces évolutions se déclinent différemment selon les départements.

1.1.4 Une offre de soins dense, mais inégalement répartie

La densité de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salarié est supérieure à la moyenne nationale dans toutes les catégories

Démographie des professionnels de santé dans la région PACA au 1er janvier 2009 (exercice à titre libéral ou salarié)

Démographie	PACA 4 918 050 hab.	Densité pour 100 000 h	FRANCE Métro 62 473 900 hab	Densité pour 100 000 h
Professions				
Médecins généralistes	9 247	188	101 671	163
Médecins spécialistes	10 769	219	107 477	172
Ensemble des médecins	**20 016**	**407**	**209 148**	**335**
Chirurgiens dentistes	4 370	89	41 107	66
Sages femmes	1 525	31	18 847	30
Infirmiers	44 554	906	495 834	794
Masseurs kinésithérapeutes	7 443	151	66 919	107
Orthophonistes	1 895	39	18 506	30
Orthoptistes	342	7	3 081	5
Pédicures-podologues	1 043	21	11 045	18
Pharmaciens	6 555	133	73 116	117

Source : DREES, ARS PACA, ADELI, FINESS (STATISS 2010)

La démographie des professionnels de santé de la région PACA devrait être marquée dans les années à venir par la diminution prévue de la densité médicale du fait du vieillissement de ces professions. La DREES prévoit une diminution jusqu'au début des années 2020 des effectifs de médecins dans la région (alors que la population devrait poursuivre sa progression).

Les inégalités de répartition de l'offre de soins sont un fait marquant de la région Paca, reflétant dans une large mesure la diversité de la géographie physique et humaine : elles sont particulièrement marquées entre la bande littorale et les départements alpins, la situation du Vaucluse étant elle-même contrastée entre le couloir rhodanien et le reste du département. Elles concernent tout autant les professionnels de santé libéraux que l'offre des établissements sanitaires. Les départements des Alpes Maritimes et des Bouches du Rhône concentrent 70 % de l'offre de court séjour pour 62,5 % de la population.

Les offres limitrophes et additionnelles doivent également être prises en considération :

- établissements monégasques, librement accessibles aux habitants des Alpes Maritimes ;
- établissements varois gérés par des CHR hors région ; hôpital San Salvadour dépendant de l'AP-HP, orienté vers la prise en charge de moyenne ou longue durée de personnes polyhandicapées et hôpital René Sabran dépendant des hospices civils de Lyon (chirurgie orthopédique, réadaptation fonctionnelle adulte et enfants, gériatrie…) ;
- établissements du Gard aux limites des Bouches du Rhône et du Vaucluse ;
- hôpitaux militaires Laveran à Marseille et Sainte Anne à Toulon, prenant en charge majoritairement des populations civiles ;
- attraction de la Drôme sur le Vaucluse et de l'Isère sur les Hautes Alpes.

1.2 Le SROS : un outil de mise en œuvre, dans le champ sanitaire des objectifs prioritaires de la politique régionale de santé.

1.2.1 Lutter contre les inégalités de santé

Si le système de soins, qu'il s'agisse de sa composante libérale ou hospitalière, ne peut résoudre à lui seul le problème des inégalités de santé, deux objectifs peuvent lui être assignés :

- en compenser au moins partiellement les effets ;
- ne pas les aggraver.

L'accès aux soins est lié à différents facteurs notamment :

- la disponibilité d'une offre appropriée (cet aspect est largement développé dans l'ensemble du schéma) ;
- l'organisation du système de santé ;
- le comportement des professionnels de santé ;
- la situation économique des personnes, leur compréhension du système, leurs comportements, leur capacité à communiquer avec les professionnels de santé.

Plusieurs axes peuvent être distingués pour favoriser l'accès aux soins :

1. Le renforcement de l'accès aux droits : l'accès à la complémentaire santé est essentiel.

Le dispositif de l'aide à la complémentaire santé (ACS) est encore peu utilisé (environ 20% des bénéficiaires potentiels. Il convient d'en favoriser le développement.
Les PASS ont un rôle éminent à jouer, pour faire accéder aux soins (notamment grâce à l'ouverture des droits CMUC ou AME) des personnes en difficulté sociale.

2. Lutter contre le renoncement aux soins

Le taux de renoncement aux soins était en 2008 de 16,5% pour la population de 18 à 64 ans (source ESPS 2008). Il est en augmentation régulière depuis 2002 (≈12%). Le renoncement à des soins dentaires concernait 10,7% de la population en 2008. Le lien avec le niveau de revenu est très fort : 24,5 % de renoncement aux soins pour les personnes les plus pauvres vs 7,5% pour les personnes aux revenus les plus élevés.
La proportion de bénéficiaires de la CMUC ayant déclaré un médecin traitant est aujourd'hui similaire à celle des autres assurés, ce qui devrait faciliter leur accès à un spécialiste à même de les recevoir dans le cadre d'un parcours de soins coordonné.
La loi HPST prévoit un dispositif permettant de lutter contre les refus de soins. Sa mise en œuvre doit être facilitée.

3. Mieux prendre en compte les inégalités de santé dans les projets d'établissement :

- veiller à faire respecter la réglementation en matière de dépassements d'honoraires, notamment effectués à l'égard des bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME ;
- prendre en compte la précarité et la situation sociale dans la définition des projets d'établissement et la rédaction des CPOM. Les établissements veilleront en particulier à définir des protocoles d'accueil, de prise en charge et de continuité des soins (en sortie d'hospitalisation[1]) pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME). Ils apporteront une attention particulière aux protocoles de soins des unités accueillant plus spécifiquement des personnes en situation

[1] (par exemple être attentif à l'impossibilité de pratiquer certains soins pour des personnes sans domicile ou à éviter des prescriptions de traitements non remboursés intégralement pour les personnes bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME, ...)

sociale difficile (services de médecine d'urgence, maternités, SSR, …) et aux modalités d'accueil et d'accessibilité financière. Ils s'attacheront à former les personnels aux besoins spécifiques de ces publics ;

- respecter la réglementation en matière d'activité libérale dans les établissements publics : les établissements doivent garantir le respect des conditions d'exercice de l'activité libérale de leurs praticiens, l'exercice des missions de service public, l'accès aux soins à tarifs opposables des bénéficiaires de la CMUC et l'AME ou susceptibles d'en bénéficier ainsi que le fonctionnement des commissions de l'activité libérale.

1.2.2 Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

Le projet de naissance, le moment de la naissance et la petite enfance sont déterminants pour le futur de chaque individu. C'est en effet, dès la naissance et pendant l'enfance que commencent à se déterminer la santé d'un individu.
Outre le chapitre dédié à la périnatalité, cette population spécifique fait l'objet d'une attention particulière dans les chapitres du volet hospitalier du SROS.
L'existence d'une référence transversale « périnatalité petite enfance » au sein de l'ARS permet de suivre cette thématique prioritaire dans chacun des chapitres où il est traité. Il sera capital de développer des réponses coordonnées dans le respect des compétences propres des différents intervenants, particulièrement avec les services de PMI des Conseils Généraux.

1.2.3 Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : favoriser le développement d'un modèle territorial et le développement de l'éducation thérapeutique

La prise en charge des maladies chroniques souffre d'une fragmentation et d'un manque de visibilité de l'offre. Il existe de multiples organisations visant à couvrir les besoins spécifiques de chaque catégorie de maladie chronique, alors que les besoins de prise en charge et les réponses sont proches.

Les contours d'une prise en charge territoriale « globale » peuvent être définis. Ils reposent sur :

- une volonté affirmée de privilégier la qualité de vie par une prise en charge en proximité et à domicile ;
- une personnalisation du soutien au patient, qui, plus qu'être acteur dans un cadre défini par d'autres, doit être acteur de son parcours : soutenir, guider, et non faire à la place de, mais pouvoir adapter le niveau d'accompagnement en fonction de la situation, y compris pour une même personne lors de passages plus difficiles ;
- une approche de proximité globale : mise en place de dispositifs communs à de grandes typologies de patients dont les besoins sont proches, garantissant une exigence de niveau spécialisé;
- une prise en considération du rôle propre des professionnels dans la coordination : respect du rôle central du médecin traitant dans la coordination des soins médicaux et du rôle propre des professionnels intervenant à domicile ;
- une structure reconnue: des locaux, des équipements, « en ville », ou éventuellement adossée à une maison de santé, un hôpital local ou un autre type d'établissement ;
- un soutien en cas de nécessité ressentie, par intégration des professionnels libéraux dans le dispositif, par l'intervention d'autres professionnels (« nouveaux métiers ») pour la gestion administrative et formelle et par la coordination de parcours complexes, notamment l'interface avec le médico-social ;
- des compétences polyvalentes, personnels soignants ou sociaux mobilisés en fonction du projet et de l'activité de la structure ;
- une insertion dans le système de santé local qui vise à lever les points de blocage, à induire la coopération à travers des processus et des outils communs, sans nécessairement viser une intégration de l'offre ;
- un nécessaire appui par un système d'information performant, permettant le partage de synthèses et de données entre professionnels.

Il est nécessaire de favoriser des réalisations concrètes, si nécessaire expérimentales en accord avec ces principes. Elles devront associer de différentes façons, selon les spécificités des territoires, les besoins identifiés et les ressources mobilisables :

- l'identification et la facilitation de partenariats locaux ;
- l'animation de groupes de travail (prévention, parcours de soins, coopérations entre professionnels de santé, outils, accompagnement…) regroupant des professionnels mais aussi des associations, des réseaux de santé et représentants des usagers ;
- des rencontres entre professionnels et usagers ;
- de la diffusion d'informations ;
- la promotion d'actions mobilisant professionnels et associations sur un thème particulier (conception, diffusion, logistique) ;
- la facilitation de formations (lieux, développement de modalités de compagnonnage entre professionnels) ;
- l'animation d'un lieu d'accueil, d'information, de soutien et d'orientation.

Depuis la loi HPST, l'éducation thérapeutique est reconnue et inscrite dans le code de Santé Publique dans le parcours de soins du patient. Elle doit être intégrée et proposée autant que de besoin dans la prise en charge thérapeutique du patient, notamment en ambulatoire.

Les établissements de santé ont investi le champ de l'éducation thérapeutique depuis plusieurs années. Pour autant, la formalisation des programmes d'éducation thérapeutique doit se poursuivre. Des coopérations et des partenariats devront être développés pour renforcer le maillage territorial. L'intégration des professionnels libéraux au sein des programmes mis en œuvre dans les établissements de santé doit être favorisée. Un suivi de l'activité d'éducation thérapeutique doit être mis en place dans les établissements de santé.

1.2.4 Promouvoir la santé mentale et lutter contre les addictions

Mieux soigner et accompagner les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale dépasse le cadre du chapitre psychiatrie du SROS.

Le PRS propose une organisation de la santé mentale qui réponde aux besoins des personnes atteintes de pathologies mentales chroniques et de handicaps psychiques axée sur le parcours coordonné de santé et d'accompagnement.

Ce parcours, respectant le libre choix des personnes, s'inscrit dans une continuité allant de la prévention de la souffrance psychique à la prise en charge en soins des malades et à la réhabilitation psycho-sociale. Sa mise en place nécessite d'améliorer les articulations entre les dispositifs sanitaires et les dispositifs médicosociaux et d'hébergement social, en lien avec l'entourage familial.

La prévention de la souffrance psychique et des risques suicidaires, en population générale, passe par un meilleur repérage et une prise en charge adaptée. Pour optimiser ce repérage, les professionnels de santé de proximité et les travailleurs sociaux doivent être formés. Une bonne coordination entre les différents dispositifs de prise en charge existants permettra d'améliorer le parcours du patient.

Les personnes en situation de handicap psychique rencontrent des difficultés d'accès aux soins et à la prévention. La loi du 11 Février 2005 a permis de définir le handicap psychique, mettant en évidence que les troubles cognitifs ou psychiques peuvent constituer une cause de handicap. Cette loi marque également une évolution puisqu'il s'agit d'interroger non plus simplement la maladie, mais les effets sur la vie quotidienne. Dés lors, pour assurer la continuité et la qualité des parcours de vie et de soins des personnes handicapées concernées par les troubles psychiques, la coordination des interventions entre le secteur médico-social et la psychiatrie est nécessaire.

Aussi les projets territoriaux de prise en charge devront :

- positionner l'offre de soins en psychiatrie en recours et en soutien de l'offre médico-sociale ;
- optimiser les modalités de prise en charge en aval vers le secteur médico-social.

Les réseaux de professionnels des deux secteurs participent de façon complémentaire et coordonnée, sur des temps identiques ou distincts, à la prise en charge de ces personnes. Leur formation et leur reconnaissance réciproque sont indispensables

Si le schéma régional d'addictologie n'apparait pas en tant que tel dans le PRS, les principes demeurent :

- accorder la priorité aux populations les plus exposées, en se basant sur les données existantes. En Paca, les populations définies comme prioritaires sont, les femmes, les jeunes, les personnes en situation de précarité, les détenus et les sortants de prison ;
- former les professionnels en contact avec ces publics pour en faire des relais de prévention ;
- développer le repérage précoce ;
- articuler la prévention et l'accès aux soins. Tout acteur de prévention primaire doit connaître les structures de premier recours de son secteur d'intervention. Les personnes intervenant auprès de consommateurs doivent pouvoir accompagner ceux qui le souhaitent dans une démarche de soins ;
- avoir une vision globale en addictologie, ce qui signifie une approche centrée sur la notion de continuum, de la prévention à la réinsertion sociale et prenant en compte la reconnaissance du rôle de l'entraide et de l'auto support.

En rapport avec le SROS, les objectifs sont plus particulièrement de :

- améliorer la couverture territoriale de l'offre en adéquation avec les besoins ;
- poursuivre la structuration de l'offre hospitalière en trois niveaux, adaptés à la gravité des troubles : niveau I (réponses de proximité, y compris les sevrages simples), niveau II, ou niveau de recours (prises en charge spécialisées de patients posant des problèmes particuliers), niveau III (centre d'addictologie universitaire régional ;
- conforter le rôle de la médecine de ville, capital dans le repérage, la maîtrise des consommations et la réduction des risques. Les réseaux et les microstructures apparaissent comme des moyens efficaces pour lutter contre l'isolement des médecins ;
- faciliter la prise en charge des comorbidités : psychiatriques, somatiques (infectieuses, gynécologiques, dentaires…) ;
- assurer la couverture des besoins sociaux, la dépendance étant en elle-même facteur de précarité ;
- organiser le maillage territorial articulant tous ces différents dispositifs, après avoir précisé la spécificité de chacun.

L'articulation des différents dispositifs devrait ainsi permettre de mieux accompagner le parcours du patient en diminuant les ruptures, écueil majeur de la prise en charge des addictions.

1.2.5 Prendre en compte les spécificités du handicap et du vieillissement

La prise en charge du handicap est développée par le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Les enjeux majeurs du domaine, pour le SROS, sont :

- l'articulation de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale ;
- l'accès a la prévention et aux soins, notamment aux soins primaires, non spécifiquement en rapport avec le handicap : dépistages, soins dentaires, gynécologiques, prise en compte des facteurs de risque de maladies chroniques, tous domaines dans lesquels les personnes en situation de handicap ont au moins autant de besoins que la population générale et un moindre accès démontré par de nombreuses observations.
- l'accès aux soins hospitaliers : outre la mise en accessibilité des établissements de santé prévue par la loi du 11 février 2005, il est nécessaire d'améliorer les conditions d'accueil des personnes en situation de handicap tant au niveau des services d'urgences que des services d'hospitalisation. Cette amélioration repose sur la formation des personnels soignants, mais aussi sur une organisation spécifique des services de soins.

L'atteinte de ces objectifs repose en priorité sur :

- le développement de la coordination et des coopérations entre les professionnels du médico-social, du sanitaire et du social ;
- la mobilisation des moyens de fongibilités existantes entre les secteurs sanitaire, médico-social et social;
- des compléments d'information et de formation des médecins généralistes pour la prise en charge des personnes en situation de handicap. Cela peut être un thème régional de développement professionnel continu (DPC). Les formations devront particulièrement mettre l'accent sur le repérage précoce du handicap, l'identification des besoins, la connaissance des aides et des structures du champ médico-social, la prise en charge des patients lourds, présentant des troubles du comportement, en souffrance psychique ou atteints de maladies chroniques.
- l'expérimentation dans certains hôpitaux de services adaptés aux handicaps et permettant la prise en charge de soins non liés au handicap.

Pour ce qui concerne le vieillissement, les priorités transversales concernant le SROS sont, pour l'essentiel :

- la plus grande structuration des filières de soins gériatriques : Il convient de renforcer d'une part une organisation formelle des articulations entre les établissements, professionnels et services et d'autre part d'accroitre le partenariat entre l'hospitalisation à domicile, les médecins traitants, les acteurs médico-sociaux et sociaux en mobilisant l'expertise des structures de coordination que sont les réseaux de santé, les CLIC et plus récemment les MAIA ;
- une attention particulière à la mise en œuvre opérationnelle des mesures du plan Alzheimer ;
- la coordination, dans le cadre du développement du modèle territorial des intervenants sanitaires, médico-sociaux et sociaux autour de la personne âgée à domicile afin de préserver la qualité de vie, prévenir la perte d'autonomie et permettre le libre choix de la personne âgée dépendante à vivre à domicile ou en institution ;
- l'articulation de la médecine de ville et des EHPAD avec la médecine hospitalière, en particulier la médecine d'urgence. Il s'agit en particulier de diminuer le recours aux urgences comme voie d'entrée à l'hôpital, de limiter les séjours inutiles et de réduire les durées d'hospitalisation inadaptées. Une démarche de contractualisation qui définit les modes opératoires concrets de collaboration et les indicateurs de suivis et d'évaluation, entre services, établissements et professionnels sanitaires et médico-sociaux, est à promouvoir ;
- l'ARS est attentive aux problèmes particuliers que posent les parents âgés entrant en dépendance et ayant assumé toute leur vie la charge d'enfants handicapés. A ce titre, elle propose une réflexion visant à l'expérimentation d'EHPAD accueillant à la fois les parents et leurs enfants handicapés. Cette question est prise en compte dans le SROMS.

1.2.6 Contribuer à la veille sanitaire et à la gestion des crises

Les établissements, les médecins libéraux et hospitaliers mais aussi les biologistes doivent renforcer leur participation au dispositif de veille et d'alerte sanitaire. Ils doivent notamment déclarer à l'autorité sanitaire les maladies à déclaration obligatoire qu'ils diagnostiquent. Ils ont un rôle important également dans le signalement des phénomènes sanitaires anormaux. La mobilisation de ces professionnels en vue du signalement nécessite des actions importantes d'information, de sensibilisation et de simplification des procédures.

1.2.7 Améliorer l'efficience, la qualité et la sécurité des soins

D'après l'organisation mondiale de la santé, «la performance d'un système de santé se mesure à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population à répondre aux attentes des personnes et des clients du système et à assurer un financement équitable». L'efficience est en conséquence une préoccupation transversale, étendue à l'ensemble du PRS. Elle est indissociable de la préoccupation de qualité, qui entre dans sa définition même.

L'amélioration de la performance concerne donc autant les établissements privés et publics que l'ensemble des professionnels de santé. A ce titre, structurer et animer des opérateurs publics et privés de santé du territoire (sans préjuger qu'il s'agisse d'une communauté hospitalière de territoire – CHT - ou toute autre forme de coopération) est un objectif prioritaire pour rationaliser et optimiser l'offre de soins sur les différents territoires de la région. Tous les leviers disponibles doivent être actionnés : établissements de proximité en liaison avec un plateau technique référent, conventions entre établissements, fédérations médicales, groupements de coopération sanitaire, et ceci tant sur les aspects médicaux que sur les aspects administratifs et logistiques. Les CHT trouveront naturellement leur place dans ces coopérations.

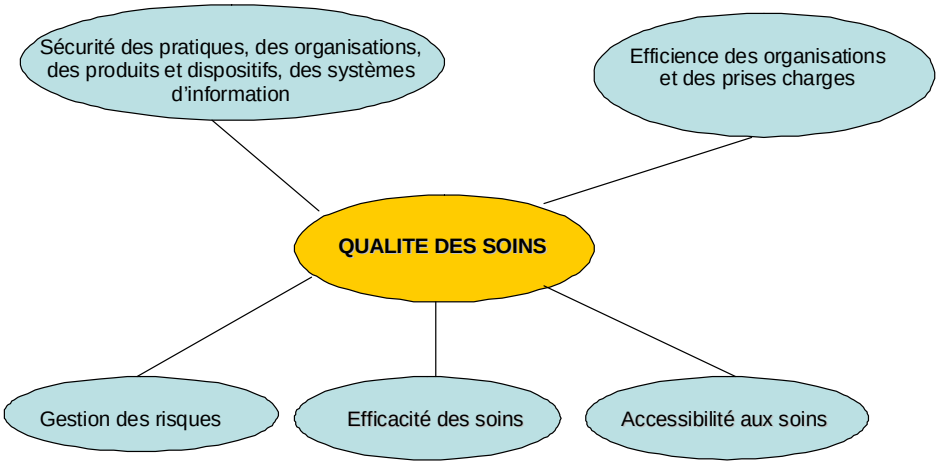
Pour les établissements publics de santé, il convient de mener une politique de prévention permettant de se prémunir des déséquilibres financiers majeurs. Les plans de retour à l'équilibre et les contrats de retour à l'équilibre financier sont utilisés lorsque la politique de prévention n'a pas eu les résultats escomptés sur les comptes d'un établissement. Le retour à l'équilibre financier des établissements publics en déséquilibre budgétaire passe par des mesures de gestion, d'organisation mais aussi par des mesures d'optimisation de l'offre de soins dans le cadre de complémentarités entre les établissements et les offres amont (ex : maisons de santé, permanence des soins ambulatoire) et aval (ex : SSR, ESMS,…).

Ainsi, il convient de progresser :

- dans la gestion des sorties d'hospitalisation ;
- dans la mise en place d'une réponse adéquate aux demandes de soins non programmés ;
- dans la place de l'hôpital au sein de la prise en charge des maladies chroniques et des pathologies de la personne âgée ;
- dans le repositionnement des missions et l'organisation des réseaux de santé (inclusion des plans personnalisés de santé dans les comptes rendus de sortie d'hospitalisation afin de préparer le retour à domicile) ;
- dans le développement de l'articulation entre les équipes mobiles et les réseaux de santé ;
- dans le redéploiement des activités lorsque les structures n'ont pas l'activité ou la taille critique suffisante pour garantir la qualité des soins offerts à la population.

La qualité et la sécurité des soins s'appliquent à tous les secteurs de prise en charge notamment hospitalier ou ambulatoire. Il est impératif de la mesurer et de l'évaluer.

La qualité comprend de nombreuses composantes traitées le plus souvent de manière indépendante :



Les points forts à développer dans l'ensemble des activités sanitaires sont les suivants :

- la généralisation de la culture de gestion des risques : tant par la mise en évidence de survenue d'évènements indésirables (veille), l'analyse de leurs causes, la mise en place d'actions correctives et des retours d'expérience que par la mise en place de méthodes d'analyse de risques à priori ;

- l'amélioration continue des pratiques professionnelles, nécessitant la mise en place de traçabilité des pratiques mais également l'analyse de la pertinence des actes, la diffusion des guides de bonnes pratiques et des référentiels de prises en charge ;
- le développement professionnel continu dans tous les secteurs et pour toutes les professions médicales et paramédicales, garant pour l'avenir du maintien d'un haut niveau de compétences face au développement exponentiel des progrès technologiques, diagnostiques et thérapeutiques ;
- l'information du patient : composante encore insuffisamment mise en œuvre mais surtout mal évaluée ;
- le suivi individualisé du patient tout au long de son parcours de prise en charge ;
- l'organisation et le suivi de nouvelles modalités d'exercice des professionnels en particulier dans le cadre des protocoles de coopérations.

1.2.8 Garantir le respect des droits des usagers

L'information des usagers sur leur état de santé et les soins qui leur sont proposés est une obligation pour tous professionnels de santé.

Tous les établissements sanitaires doivent mettre en place la commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), sous la responsabilité du Conseil de surveillance ou du représentant légal de l'établissement.

La CRUQPC veille tout aussi bien au respect des droits qu'à la qualité des prises en charge et à l'égalité d'accès aux soins.

La représentation effective des usagers au sein des établissements de santé, via les associations agrées à cet effet, doit être favorisée.

Des clauses sur le respect des droits des patients devront figurer dans les CPOM des établissements.

Deux objectifs seront particulièrement suivis :

- le droit au respect de la dignité, particulièrement pour les malades en fin de vie, les soins palliatifs et les conditions de sortie des établissements,
- le droit à la non discrimination.

1.2.9 Favoriser le développement d'outils et systèmes d'information

Il est très important de poursuivre le déploiement du dossier médical personnel de façon à ce que les patients puissent disposer d'informations claires accessibles aux professionnels de santé qui les prennent en charge.

Il y a également des enjeux très importants concernant :

- l'informatique interne des établissements : informatisation des dossiers médicaux, des prescriptions en lien avec la pharmacie, des résultats d'examens de biologie médicale, de l'imagerie (PACS), diffusion de comptes-rendus hospitaliers (alimenter le DMP) ;
- l'amélioration de la coordination et du parcours de soins : télé expertise, signalement de patients remarquables, création de liens informatisés entre les établissements sanitaires et les médecins de ville pour l'accès en consultation au dossier hospitalier du patient via une messagerie sécurisée.
- la mutualisation d'outils : agenda, web conférence, E-Learning, indicateurs de pilotage et de reporting …
- la poursuite du développement du répertoire opérationnel des ressources permettant une meilleure orientation des patients en fonction de leurs besoins.

2 L'offre de soins ambulatoire

INTRODUCTION

L'offre de soins ambulatoire, participe de la prise en charge de proximité qui s'entend comme une prise en charge globale des patients, dans leur milieu de vie habituel, par une équipe pluri-sectorielle, composée d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La loi HPST définit la notion de soins de premier recours, ainsi que les missions du médecin généraliste et du pharmacien dans ce cadre.

Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

Si le rôle pivot du médecin généraliste dans l'organisation des soins de premier recours doit être réaffirmé, d'autres professionnels de santé participent activement à cette prise en charge. Il en est ainsi des pharmaciens, des chirurgiens dentistes, des sages femmes, auxiliaires médicaux libéraux, des centres de santé, de certains spécialistes, des professionnels associatifs qui œuvrent pour l'accès aux soins des plus démunis, des professionnels de santé qui exercent au sein des collectivités territoriales : notamment PMI qui tient aux côtés des libéraux une place essentielle pour la prise en charge des femmes et des enfants, CLAT, CIDAG, centres de vaccination, professionnels de santé de l'éducation nationale.

C'est l'ensemble de cette offre de soins de proximité, en lien avec son environnement sanitaire, médico-social et social qui doit être appréhendée.

Afin de pouvoir observer de manière fine l'organisation de cette offre de santé de proximité, la définition d'espaces de santé de proximité (ESP), infra départementaux, a été nécessaire.
Ce bilan porte sur cinq catégories de professionnels qui participent au socle de l'offre de soins de proximité : les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers, les chirurgiens dentistes et les masseurs kinésithérapeutes. L'étude porte sur le niveau de l'offre, son organisation et l'intégration dans son environnement professionnel.
Ce diagnostic a pour objet de mettre en évidence des ESP fragiles, sur lesquels des mesures correctrices seront spécifiquement déployées.

Cette démarche a été initiée au sein des départements, en concertation avec les services de l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale et les professionnels de santé qu'ils soient libéraux ou salariés, représentants des centres de santé, des réseaux de santé et des maisons de santé.

A la différence du volet hospitalier du SROS-PRS, le SROS ambulatoire n'est pas opposable. La démarche se veut avant tout concertée et partagée avec pour objectif l'émergence de projets de renforcement et/ou de modernisation de l'offre de soins de proximité, intégrés dans leur environnement.

Pour optimiser cette prise en charge de proximité, quatre orientations stratégiques sont privilégiées :

- l'intégration des politiques menées par les différents acteurs,
- le renforcement de l'accès aux soins,
- la modernisation des pratiques des professionnels,
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité.

2.1 Le diagnostic de l'offre de soins ambulatoires

2.1.1 La démographie médicale en région Paca

Une étude de la FNORS[2] a montré que 73% des cantons de la région sont caractérisés par des temps d'accès aux professionnels santé libéraux de proximité (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes) inférieurs à la moyenne nationale, un taux de mortalité conforme à la moyenne nationale et des différences sociales importantes. Ces cantons regroupent 97,6% de la population régionale.
2% de la population régionale vit dans des cantons ruraux, éloignés des services de soins.

Les données du conseil national de l'ordre des médecins font ressortir une densité médicale largement supérieure à la moyenne nationale[3] :

	Densité médicale généralistes et spécialiste Activité libérale et salariée (pour 100 000 habitants)	Densité médicale généralistes Activité libérale et salariée (pour 100 000 habitants)
PACA	374	170
France	309	143

La densité médicale (des généralistes et spécialistes) est la plus élevée de France.

Cette situation démographique favorable doit également être pondérée par un vieillissement de la population médicale plus accentué que dans d'autres régions. Les perspectives ouvertes par la formation des internes en médecine ne permettent pas, à elles seules, de remplacer les futurs départs des médecins âgés de 55 ans et plus.

Pour ce qui concerne la formation en médecine générale, il est nécessaire de procéder à des recrutements de maitres de stage, le pourcentage d'enseignants de moins de 60 ans impliqués dans l'encadrement étant inférieur à la moyenne nationale.

Ces indicateurs globaux masquent toutefois de grandes disparités infrarégionales, voir infra départementales. C'est la raison pour laquelle une définition d'espaces de santé de proximité est apparue nécessaire.

2.1.2 Eléments de méthode

2.1.2.1 Définition des espaces de santé de proximité (ESP)[4]

Il s'agit de définir, à l'intérieur des territoires de santé, des unités géographiques fines et cohérentes en termes de recours aux soins de proximité : les espaces de santé de proximité.

Le choix s'est porté sur le « canton regroupé », utilisé par les études de la FNORS, car il est le territoire élémentaire de recueil simultané de données fiables sur la mortalité, la précarité ou l'évolution démographique. Selon la méthode présentée en annexe 1, ces cantons constituent des ESP à part entière ou ont été regroupés avec des cantons voisins, sous réserve que les temps de trajet restent acceptables.

La méthode de construction de ces espaces est basée sur la constitution de territoires permettant d'organiser une prise en charge de proximité. Ainsi, leur identification s'appuie sur la présence d'une offre minimale de soins et services de proximité, tels que les collèges, structures jugées emblématiques de la solidité territoriale en matière d'aménagement du territoire.

---

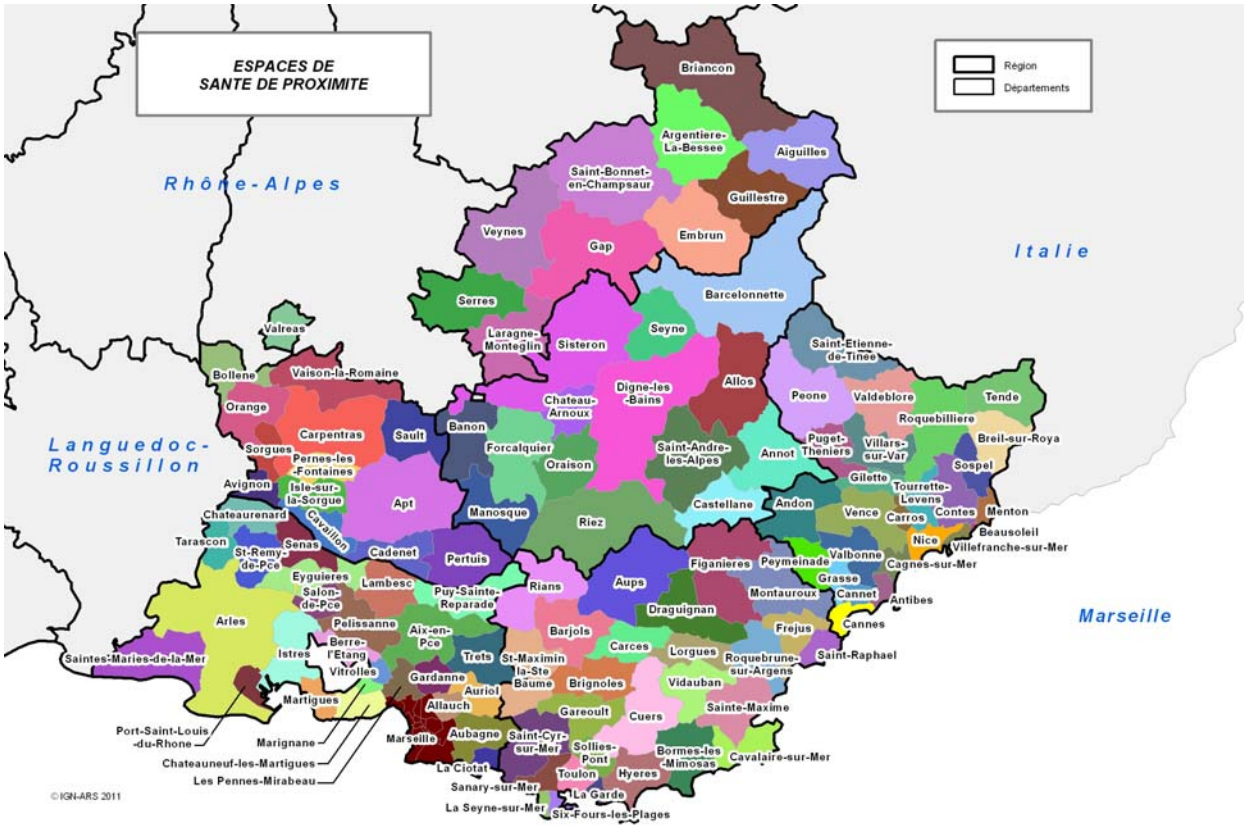
[2] Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton FNORS, 2ème édition, Elsevier Masson 2010
[3] Conseil National de l'Ordre des médecins : Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2010
[4] Voir annexe 1 : principes d'élaboration des ESP

L'identification d'espaces de santé de proximité ne préjuge pas de l'état des lieux et du diagnostic qui est ensuite mené sur chacun d'entre eux.

Ils visent à l'identification d'espaces fragiles en offre de soins de proximité et ne se superposent pas forcément aux espaces prioritaires pour des actions de prévention, définis dans le schéma régional de prévention sur la base d'indicateurs épidémiologiques et sociaux.

Après concertation, le territoire régional est découpé en 133 espaces de santé de proximité (incluant les 16 arrondissements de Marseille).

Carte des ESP



2.1.2.2 *Sélection des ESP fragiles et à risque*[5]

La loi HPST précise dans son article 118 (article L. 1434-7 CSP) que le SROS « détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ». Par convention ces zones sont qualifiées de « fragiles ».

L'ARS PACA a fait le choix de classer les espaces de santé de proximité en trois catégories, pour permettre une gradation du risque de désertification médicale et/ou de désorganisation :

- les ESP <u>fragiles</u>, éligibles à l'application des mesures incitatives visées à l'article 1434-7 CSP :
  - cumulent les deux facteurs de risque suivants : un faible effectif de médecins généralistes (inférieur ou égal à 5) et une densité inférieure à la moyenne nationale (sauf décision contraire des groupes de travail départementaux) ;

[5] Annexe 3 : état des lieux par territoire de santé

- ou ont été identifiés comme fragiles par les groupes de travail, en raison de critères variés : désinstallation récente de professionnels de santé, isolement, environnement sanitaire peu favorable.

- les ESP « à risque » : ils présentent une exposition aux risques moins importante, mais nécessitent toutefois une vigilance particulière et la mise en œuvre de préconisations visant à améliorer l'organisation de l'offre de santé et de services de proximité ;
- les autres ESP qui ne présentent pas de facteurs de risques particuliers mais qui sont eux aussi éligibles aux mesures d'amélioration de l'organisation.

L'état des lieux, réalisé sur chacun des départements (annexe 3), analyse la situation de l'offre de proximité par ESP au regard des éléments suivants :

- des données sociodémographiques et de mortalité de la FNORS ;
- des données relatives à l'offre de soins de proximité pour cinq catégories de professionnels libéraux : les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens dentistes et les pharmacies ;
- des données sur l'environnement sanitaire et médico-social de l'offre de proximité.

Dans les zones urbaines, la « désertification médicale » n'est pas le principal facteur d'inégalité d'accès aux soins. Bien que certains quartiers soient moins attractifs que d'autres, l'accessibilité géographique est rarement compromise ; en revanche, les difficultés d'accès sociales, économiques et culturelles sont souvent mises en évidence. C'est pourquoi, dans l'attente d'un diagnostic plus fin, les 282 quartiers prioritaires de la politique de la ville[6] sont comptabilisés au titre des ESP à risque.

En application de l'arrêté interministériel du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS publie, en même temps que le projet régional de santé, un arrêté déterminant les zones fragiles.

En application de ce même arrêté interministériel, un zonage spécifique est arrêté pour la mise en œuvre des mesures conventionnelles destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux. Ce zonage national doit être soumis à la procédure de consultation prévue à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique et fera l'objet d'un arrêté du directeur général de l'ARS, avant le 26 mai 2012, date d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles.

2.1.3 Le diagnostic par territoire de santé

Le diagnostic propose une vision synthétique de l'offre de soins et de l'environnement de travail des professionnels de santé de proximité sur chaque territoire de santé. Il identifie, dans chaque département, les ESP fragiles et les ESP à risque.

2.1.3.1 Les Alpes de Haute Provence

Ce département fait apparaître un risque de désertification en zone rurale pour les soins de proximité et plusieurs ESP ont été repérés comme fragiles. La densité en médecins spécialistes libéraux est inférieure à la moyenne régionale et concentrée sur Digne, Manosque et Sisteron. Une dizaine d'établissements publics de santé ex hôpitaux locaux, répartis sur le territoire, permettent de compléter l'offre de santé de proximité. Le département est peu équipé en centres de santé.
La consommation de soins en médecine générale et en hospitalisation complète est plus élevée que la moyenne régionale. En revanche elle est moins élevée en hospitalisation de jour.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est proposée :

- ESP fragiles : Seyne les Alpes, Saint André les Alpes, Annot et Castellane.
- ESP à risque : Sisteron, Banon et Allos.

[6] Observatoire national des zones urbaines sensibles : Atlas régional des contrats urbains de cohésion sociale 2007-2010

2.1.3.2 Les Hautes Alpes

La situation du département laisse apparaitre de réelles difficultés géographiques d'accès aux soins de proximité sur certaines zones. Le territoire est peu doté en établissements publics de santé ex hôpitaux locaux. La densité en médecins spécialistes libéraux est inférieure à la moyenne régionale ; la totalité des médecins spécialistes, ainsi que les plateaux techniques hospitaliers sont installés sur Gap et Briançon.

Il existe deux réseaux de santé sur le territoire et peu de centres de santé à l'exception de centres dentaires.

La consommation de soins en médecine générale et en hospitalisation complète est plus élevée que la moyenne régionale ; en revanche, elle est moins élevée en hospitalisation de jour.

Ce département a expérimenté un système de télémédecine entre les centres hospitaliers d'Aiguilles et Embrun.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est proposée :

- ESP fragiles : Aiguilles, Serres et l'Argentière.
- ESP à risques : Saint Bonnet.

2.1.3.3 Les Alpes Maritimes

Ce département est caractérisé par une zone côtière très urbanisée, bien équipée en offre de soins de proximité, en établissements de soins de recours et de référence et un haut pays rural et très enclavé.
La densité en médecins spécialistes libéraux est largement supérieure à la moyenne régionale mais l'offre est concentrée sur la bande littorale.

La présence de six établissements publics de santé ex hôpitaux locaux permet de compléter l'offre de santé de proximité dans les zones repérées fragiles ou à risques.
La consommation de soins en médecine générale et en hospitalisation complète est inférieure à la moyenne régionale ; en revanche elle est supérieure en hospitalisation de jour. Par ailleurs le développement des réseaux et centres de santé est bien assuré.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est proposée :

- ESP fragiles : Tende, Péone, Gilette, Roquebillière, Puget Théniers, Breil sur Roya, Valdeblore et Saint Etienne de Tinée.
- ESP à risques : Contes, Vence, Tourette Levens, Carros, Andon, Villars sur Var et Sospel.

2.1.3.4 Les Bouches du Rhône

Ce département, très urbanisé, est caractérisé par une offre de proximité et un équipement sanitaire dense. Les établissements de recours et de référence sont représentés. La densité de médecins spécialistes libéraux est largement supérieure à la moyenne régionale.
Il existe de nombreux centres de santé, principalement autour de l'étang de Berre, qui compensent une faible densité médicale libérale.
Par ailleurs les réseaux de santé sont bien développés.
On constate une consommation de soins en médecine générale supérieure à la moyenne régionale ; il en est de même en hospitalisation complète et de jour.
Après concertation, il apparaît que seul l'ESP des Saintes Marie de la Mer présente les caractéristiques d'une zone fragile.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est proposée :

- ESP fragiles : Les Saintes Marie de la Mer.

2.1.3.5 Le Var

Il faut distinguer la zone côtière et le haut pays, où de nombreux ESP ont été repérés comme à risques ou fragiles pour les soins de proximité. L'offre en médecins spécialistes libéraux est légèrement inférieure à la moyenne régionale.
L'équipement en établissements sanitaires est bien développé, majoritairement sur la bande côtière qui concentre la majorité de la population.
Les réseaux de santé et les centres de santé sont présents sur le territoire.
La consommation de soins en médecine générale est légèrement supérieure à la moyenne régionale.
Le recours à l'hospitalisation complète est identique à la moyenne régionale. En revanche, le recours à l'hospitalisation de jour est inférieur à la moyenne régionale.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est arrêtée :

- ESP fragiles : Aups.
- ESP à risques : Carcès, Figanières, Montauroux, Garéoult, Vidauban, Cuers, Barjols, Brignoles, Roquebrune et Soliès Pont.

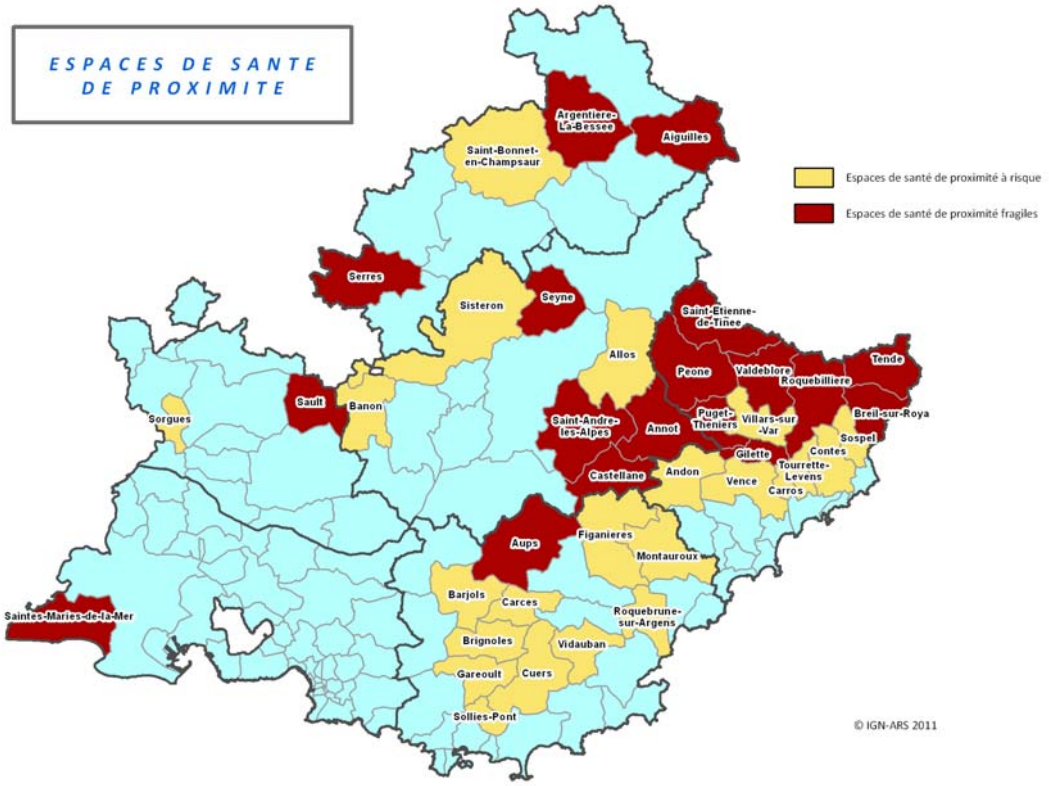
2.1.3.6 Le Vaucluse

L'offre de soins de proximité est relativement bien répartie sur l'ensemble du territoire, à l'exception de l'ESP de Sault. La densité de médecins spécialistes libéraux est légèrement inférieure à la moyenne régionale. Ce département est caractérisé par un maillage hospitalier satisfaisant.
La consommation de soins en médecine générale, en hospitalisation complète et de jour est supérieure à la moyenne régionale.

Au regard de la méthodologie présentée ci-dessus, la classification suivante est arrêtée :

- ESP fragiles : Sault.
- ESP à risques : Sorgues.

Carte des ESP fragiles et à risques.



A cette représentation cartographique s'ajoutent les 282 quartiers prioritaires de la politique de la ville[7] qui sont classés en zones à risques.

[7] Observatoire national des zones urbaines sensibles : Atlas régional des contrats urbains de cohésion sociale 2007-2010

2.2 Les objectifs généraux

2.2.1 L'intégration des politiques publiques

Le renforcement de l'intégration des politiques publiques constitue le ciment de toute la politique régionale sur l'organisation des soins et services de proximité.
Il comprend l'articulation entre les différents volets de la politique de santé (prévention, soins, veille et sécurité sanitaire, médico-social), l'intégration de la politique de santé et des autres politiques publiques pour permettre une action efficace sur les déterminants de santé et la mise en œuvre d'une coordination opérationnelle des intervenants, lisible pour les acteurs de santé et les usagers.

2.2.1.1 L'installation de la commission de coordination pour l'offre de proximité (CCOP)

La loi HPST prévoit deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, l'une dans le domaine médico-social et l'autre dans celui de la prévention.

En juin 2011, l'ARS PACA et ses partenaires ont installé une troisième commission de coordination consacrée à l'offre de proximité ; elle répond à la même logique et poursuit les mêmes objectifs : l'ARS n'est pas le seul organisme à intervenir sur l'offre de santé de proximité. Elle n'a pas non plus autorité sur ses partenaires. L'enjeu est donc d'assurer la coordination et la cohérence des actions entreprises par l'ensemble des intervenants.

Cette commission réunit l'ARS, les préfectures, les collectivités territoriales, la DRJSCS, les trois régimes d'assurance maladie, le président de la CRSA, les URPS, les deux facultés de médecine, les deux GCS IFSI, les conseils de l'ordre, les associations d'internes, les représentants des centres et maisons de santé, l'ORU, l'ORS, le CRES, les féderations de l'hospitalisation, la FNHAD, le pôle services à la personne et l'URIOPSS. Sa composition peut varier en fonction des sujets abordés.

Ses missions :

- assurer la gouvernance de la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) (cf. infra) ;
- partager information et initiatives innovantes en termes d'organisation des soins et services de proximité (dans le champ sanitaire, médico-social et social) ;
- contribuer au suivi du SROS ambulatoire qui doit être évalué à 18 mois ;
- coordonner les financements accordés aux initiatives territoriales (maisons de santé, pôles de santé, plateforme locale de services ou de coordination, maisons médicales de garde) : un comité, réunissant les financeurs potentiels, est mis en place pour l'ensemble des projets relatifs à l'offre de proximité. Il est décliné en deux dispositifs spécifiques :
  - un comité régional de sélection coprésidé par le préfet et le DGARS pour le financement par l'Etat de l'investissement dans les maisons de santé rurales situées sur des ESP fragiles au sens du SROS ;
  - un comité des financeurs coprésidé par le préfet délégué à l'égalité des chances et le DGARS pour le financement de dispositifs destinés à renforcer l'offre de soins de proximité et la coordination des professionnels de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (quartiers CUCS).

2.2.1.2 Le développement de la plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

La plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) est opérationnelle depuis juillet 2011. Elle constitue le « guichet unique » pour accompagner les professionnels de santé aux moments clés de leurs carrières.

Elle sert quatre objectifs principaux :

- informer et préparer l'installation des futurs professionnels de santé ;
- aider à l'installation de tous les professionnels de santé ;
- faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné ;
- suivre le développement des projets des professionnels.

Cette plateforme réunit l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de l'offre de santé et services de proximité et remplit 4 grandes missions :

- information et communication (mini site internet) ;
- simplification des démarches administratives (installation, élaboration de projets de regroupements, demandes de financement…) ;
- accompagnement personnalisé des projets de (ré)organisation des professionnels de santé sur un territoire ;
- mise à disposition d'outils communicants à destination des professionnels de santé : annuaires, répertoire opérationnel des ressources, messagerie sécurisée, logiciels métiers.

La gouvernance et la coordination des acteurs, assurées par la commission de coordination pour l'offre de proximité, sont là encore les clés du succès de cette plateforme.

2.2.2 L'amélioration de l'accès aux soins

2.2.2.1 Renforcer l'accès géographique aux soins

Dans notre région, les difficultés d'accès géographique aux soins concernent principalement les zones rurales.

Le classement en zone fragile permet aux territoires concernés d'être éligibles aux mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, visées à l'article L. 1434-7 CSP.

Il s'agit :

- des contrats d'engagement de service public : dispositif d'allocation financière versée aux étudiants ou internes en médecine, en contrepartie d'un engagement d'installation sur une zone fragile, pour une durée équivalente à celle de perception de l'allocation ;
- d'exonérations d'impôt sur le revenu, pour les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins ambulatoire, dans la limite de 60 jours de permanence des soins ;
- de certaines aides des collectivités territoriales (aides à l'installation, aides au logement et bourses pour les étudiants) ;
- des dispositifs négociés dans le cadre des conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux ;
- de l'attribution de subventions d'investissement pour le financement dans les maisons de santé en milieu rural (fond national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT)).

Toutes les autres mesures en faveur de l'installation et de la coordination des professionnels (fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), appel à projet « maisons régionales de la santé » du conseil régional, dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR), fonds européens, coopérations entre professionnels de santé, télésanté…etc.) sont applicables sur l'ensemble des espaces de santé de proximité de la région. Pour autant, l'intégration des politiques publiques devra avoir pour objectif de faire converger les moyens sur les zones fragiles et à risque.

L'accompagnement opérationnel des structures d'exercice regroupé (maisons de santé, pôles de santé) est confié à l'observatoire régional des urgences PACA (ORU). Selon l'état d'avancement des projets, l'ORU est chargé d'en évaluer la faisabilité, d'accompagner la construction des projets de santé et des projets professionnels et d'aider au démarrage des structures. Dans ce cadre, l'observatoire développe des outils communicants, destinés à faciliter la coordination entre professionnels de la santé, du social et du médico-social.

2.2.2.2 Faciliter l'accès économique et socioculturel aux soins

Les inégalités d'accès économique et socioculturel aux soins concernent l'ensemble du territoire régional mais sont particulièrement présentes dans les zones urbaines défavorisées.
Ces difficultés ne sont pas spécifiques aux soins de proximité mais sont exacerbées, dans ce domaine, par la problématique des dépassements d'honoraires.

L'accès aux soins de proximité peut être rendu difficile dans plusieurs circonstances :

- tout d'abord pour des raisons financières : dépassements d'honoraires, absence de droit, absence de couverture complémentaire ;
- les refus de soins par certains professionnels de santé pour les bénéficiaires de la CMUC et de l'AME ;
- la complexité des démarches administratives ;
- la barrière culturelle ou linguistique.

D'une manière générale, la prise en charge globale des patients, tant du point de vue social, médico-social que sanitaire doit contribuer à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Pour ce qui concerne spécifiquement les soins de proximité, plusieurs points clés peuvent être mis en évidence :

- nécessité pour les professionnels de santé de proximité de disposer d'un accès facile à un interlocuteur travailleur social et à un interlocuteur au sein de l'assurance-maladie ;
- dégager du temps pour préciser la situation sociale des patients ou pour pouvoir leur fournir les explications appropriées en cas de maladie chronique ;
- développer des dispositifs de coordination, à destination des professionnels, pour permette d'organiser un parcours de soins adapté aux situations les plus complexes ;
- favoriser la mise en place d'une formation aux spécificités de la prise en charge des publics vulnérables.

Dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, le dispositif des ateliers santé ville (ASV) a permis de franchir une première étape en terme de diagnostic et de développement d'actions de prévention.
Les contrats locaux de santé (CLS), introduits par la loi HPST, viendront renforcer la politique engagée dans le cadre des ASV en l'élargissant à la prise en charge globale des patients.

Enfin, il faut noter le rôle joué par les centres de santé qui constituent une offre de santé de proximité, garantissent aux patients les tarifs conventionnels et le tiers payant.

2.2.3 La modernisation des pratiques :

2.2.3.1 Développer le rôle des professionnels de santé de proximité dans le champ de la prévention

Les professionnels de santé de proximité participent à la prévention, à plusieurs niveaux :

- conseils pour l'hygiène de vie ;
- incitation au dépistage, au respect du calendrier vaccinal ;
- vigilance sur des signaux d'alerte somatiques ou psychiques ;
- prescriptions conformes aux bonnes pratiques.

Les intervenants sociaux à domicile sont également des relais important pour la mise en œuvre de certaines actions de prévention (prévention des chutes, nutrition…).

Il est important de renforcer le lien entre ces acteurs afin qu'ils participent de façon coordonnée aux politiques de prévention, notamment au domicile du patient.

2.2.3.2 Organiser la coordination territoriale

La coordination peut s'entendre à plusieurs niveaux :

- le renforcement des liens entre acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux sur un territoire. Il s'agit de rendre plus lisible le système de prise en charge, tant pour les usagers que pour les professionnels eux-mêmes ;
- la gestion de situations individuelles particulièrement difficiles et complexes (patients poly pathologiques, difficultés familiales et/ou sociales, sorties d'hospitalisation…), qui nécessite un investissement en temps humain important ;

Les modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement de plateforme territoriales de coordination sont en construction. Plusieurs niveaux d'intervention, en fonction des services rendus, sont sans doute nécessaires (du niveau régional au niveau local). Elles peuvent s'appuyer sur les coordinations existantes (réseaux de santé, maisons et pôles de santé, centres de santé, établissements de santé ex-hôpitaux locaux…) mais aussi se développer ex nihilo. Dans tous les cas, l'implication des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire est fondamentale. L'objectif de ces plateformes est de faciliter la prise en charge globale du patient, tant dans le cadre de son parcours de soins que de son parcours de vie.

L'un des enjeux fort de ce SROS sera de mettre en place, sur la base d'expérimentations, un maillage cohérent du territoire.

Les outils communicants, développés par l'ORU dans le cadre de sa mission d'accompagnement des maisons et pôle de santé alimenteront l'émergence et le développement de cette coordination territoriale.

2.2.3.3 Faciliter la prise en charge des personnes âgées par les acteurs de santé de proximité :

Les acteurs de santé de proximité ont un rôle particulièrement important de prévention, de suivi et d'orientation, dans la prise en charge des personnes âgées. Ils sont souvent les interlocuteurs privilégiés des familles, aux côtés des professionnels du maintien à domicile.

Au domicile, comme en EHPAD, la coordination des différentes professions intervenantes doit être facilitée que ce soit pour améliorer les interventions des SSIAD, des infirmières libérales, des masseurs kinésithérapeutes ou des services sociaux. Les plateformes territoriales de coordination doivent contribuer à renforcer cette prise en charge globale. Dans ce cadre, l'expérience des réseaux de santé gérontologiques peu s'avérer précieuse. Il faudra aussi tenir compte des actions menées dans le cadre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

Une attention particulière doit être portée sur les zones fragiles dans lesquelles la pénurie de médecins généralistes libéraux peut porter atteinte à la médicalisation des EHPAD.

Enfin, le développement des pôles et maisons de santé peut être l'occasion d'expérimenter un suivi continu en EHPAD, favorisé par le caractère pluri-professionnel de ces structures.

2.2.3.4 Impliquer les acteurs de soins de proximité dans la veille et la sécurité sanitaire

Dans une approche territoriale, les acteurs de soins de proximité sont au premier plan pour détecter les premiers signes d'un phénomène remarquable populationnel.
Plus spécifiquement dans le cadre des maladies transmissibles, les déclarations doivent être facilitées par la mise en place de nouveaux systèmes d'information adaptés. De même l'information en retour des mesures prises doit être prévue.

L'URPS sera associée à la sensibilisation des professionnels.

La formation de professionnels de santé à l'intervention en cas de crise devra être favorisée.

2.2.3.5 Développer l'éducation thérapeutique en ambulatoire

La loi HPST a inscrit l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins. Les professionnels de santé de proximité, notamment les médecins traitants, ont vocation à participer aux programmes d'éducation thérapeutique et à développer une démarche éducative en amont et en aval de ces programmes.

L'intégration de programmes d'éducation thérapeutique dans les projets de santé des maisons, pôles et centres de santé sera encouragée.

2.2.3.6 Faciliter l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles de la santé mentale

En lien avec les orientations nationales visant à favoriser le développement d'une prise en charge ambulatoire des malades psychiatriques, l'implication des médecins généralistes doit être facilitée :

- par le développement et l'organisation de prises en charge conjointes des établissements psychiatriques avec les médecins généralistes pour fluidifier les parcours ;
- par l'amélioration de l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux ;
- par l'organisation des modalités d'accès des patients psychiatriques aux campagnes de dépistage et de prévention ;
- par le développement de la coordination entre médecins généralistes et psychiatres, tant pour les personnes hospitalisées que pour celles suivies en ambulatoire ;
- par un renforcement de la lisibilité de l'organisation des soins psychiatrique pour le médecin généraliste.

La désinstitutionalisation des patients psychiatriques, la déstigmatisation des troubles psychiatriques et la diminution du nombre de psychiatres vont amener le médecin généraliste à être de plus en plus sollicité par des patients souffrant de troubles mentaux.

2.2.3.7 Développer le bon usage de la télémédecine

Le programme régional de télémédecine détaille les modalités de développement du bon usage de cet outil. Une attention particulière doit être portée sur les zones reconnues comme fragiles ou à risques.

2.2.3.8 Inscrire la permanence des soins ambulatoire (PDSA) dans le prolongement de l'offre de proximité

La réponse aux demandes de soins non programmées s'inscrit dans l'organisation de la prise en charge de proximité, en lien avec les établissements autorisés à l'accueil des urgences. Elle implique les médecins généralistes mais aussi les autres médecins libéraux et les établissements de santé.

A ce titre, l'organisation de la PDSA doit pouvoir se décrire au sein des espaces de santé de proximité, partant du principe que l'organisation et la coordination diurne devra pouvoir trouver une continuité la nuit et le week-end.

Le développement des modes d'exercice coordonné doit se faire en lien avec la permanence de soins ambulatoire. Les projets de santé des centres de santé, des maisons et des pôles de santé devront prévoir les modalités de participation de ces structures à la PDSA.

Le cahier des charges régional de la permanence de soins ambulatoire tient compte des difficultés à organiser un tour de garde dans les zones fragiles et à risques ; il peut proposer des solutions alternatives telles que la complémentarité des acteurs ou le transport des patients. Il tient compte des besoins de la population et des ressources disponibles sur le territoire.

2.2.4 L'accompagnement des professionnels de santé de proximité dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité

L'amélioration de la qualité et de la sécurité est un objectif présent à chaque étape de la réflexion sur l'organisation des soins de proximité. Certains dispositifs comportent des enjeux de qualité et de sécurité spécifiques (coopérations entre professionnels, retours à domicile et gestion des risques associés aux soins) ou sont particulièrement dédiés à l'atteinte de cet objectif (groupes qualité, développement professionnel continu, contrats d'amélioration de la qualité et la coordination des soins).

2.2.4.1 Développer les coopérations entre professionnels de santé

L'organisation du système de santé, la démographie médicale, les évolutions de l'exercice de la médecine rendent nécessaires les démarches de coordination et de performance entre tous les acteurs du parcours de soin.

« La loi HPST a renforcé les outils favorisant les coopérations.
Les premières expériences de coopération entre professionnels de santé ont été instituées par la loi de santé publique du 9 Août 2004. Leur généralisation a été conduite par la volonté de :
- favoriser une coordination performante des acteurs dans le cadre d'une prise en charge rationalisée et optimale des patients,
- encourager l'évolution de l'exercice des acteurs au regard de l'évolution des pratiques professionnelles,
- accroitre le gain médical pour permettre aux professions médicales de centrer leur activité sur des missions d'exercice. »[8]

Ces nouveaux modes d'exercice doivent être enseignés dans les universités, les instituts et les écoles de professionnels paramédicaux pour préparer au mieux leur exercice futur dans de nouveaux cadres.

L'ARS veillera au développement de ces nouveaux modes d'exercice dans le cadre des soins de proximité. L'émergence de structures pluri-professionnelles favorise ce type de prise en charge.

Dans le respect des enjeux de qualité et de sécurité, ces coopérations peuvent être un outil efficace de rééquilibrage de l'offre de proximité, lorsqu'elle présente des défaillances, notamment au regard de la démographie médicale (généraliste et ou spécialiste).

2.2.4.2 Fluidifier les parcours de soins en amont et en aval de l'hôpital

Afin de fluidifier les parcours de soins et de vie, les liens entre établissements de santé et offre de proximité sanitaire, médico-sociale et sociale doivent être développés, en amont et en aval de l'hospitalisation :

- en amont, il s'agit d'éviter les hospitalisations inutiles ou tout au moins le passage par les urgences, et de favoriser un recours aux modalités d'hospitalisation les plus appropriées : chirurgie ambulatoire ou hospitalisation de jour ;
- en aval, la gestion des sorties d'hospitalisation doit être optimisée ; cette transition est d'autant plus importante que les durées de séjour sont courtes. L'information précoce du médecin traitant (ou de la structure de relai) appelle à prendre appui sur des moyens modernes de communication. La prise en charge en sortie d'hospitalisation nécessite une mobilisation du médecin traitant, de l'infirmier, souvent du kinésithérapeute et un soutien médico-social, dans un cadre coordonné.

Les plateformes territoriales de coordination devront faciliter cette prise en charge globale.

[8] Guide méthodologique des coopérations territoriales ANAP DGOS 2010

2.2.4.3 Accompagner le développement des groupes qualité

La démarche « groupe qualité », initiée en 2009, permet aux médecins généralistes d'une même zone géographique d'échanger sur leurs pratiques en vue de développer une démarche d'amélioration de la qualité des prises en charge. L'ARS poursuivra son engagement, en fonction des moyens disponibles, de soutien aux groupes qualité mis en place en PACA.

Ces groupes fonctionnent selon trois principes issus du cahier des charges national :
- un engagement collectif en faveur de l'amélioration des pratiques médicales ;
- une évaluation des résultats de la démarche ;
- un ancrage territorial destiné à favoriser l'émergence de projets de coordination des soins.

Initialement destinée à renforcer la qualité des prescriptions, cette démarche sera progressivement étendue à l'amélioration de l'organisation territoriale de l'offre de proximité. Elle devra être encouragée autour des structures d'exercice coordonné que sont les centres, les pôles, réseaux ou les maisons de santé.

2.2.4.4 Mettre en œuvre le développement professionnel continu (DPC)

« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé » (article 59 de la loi HPST).
Le DPC concerne désormais tous les professionnels de santé, qu'ils soient salariés ou libéraux.

2.2.4.5 Développer une politique de contractualisation : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS)

Les centres, pôles, réseaux ou maisons de santé qui bénéficient de financement de l'ARS doivent désormais signer des CPOM avec l'agence. Ces contrats permettront notamment de développer des actions destinées à renforcer la qualité et la sécurité des soins et de mesurer leur degré de réalisation.

En outre, l'ARS peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres, pôles, réseaux et maisons de santé des contrats pour améliorer la qualité et la coordination des soins. Ces contrats pourraient être expérimentés en lien avec les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

2.3 Plans d'action

Les plans d'action qui seront développés concerneront :

- le développement d'outils opérationnels, dédiés à la coordination au sein des structures d'exercice regroupé et des plateformes territoriales de coordination ;
- le renforcement de l'offre de santé de proximité sur les zones fragiles et à risques rurales ;
- la mise en œuvre d'une politique coordonnée, afin de réduire les inégalités de santé dans les zones urbaines défavorisée (renforcement du lien sanitaire, médico-social et social).

3 L'offre de soins hospitalière

L'organisation de l'offre de soins hospitalière repose sur la gradation de soins, la coopération entre les établissements, ainsi que sur un mécanisme de régulation de l'activité hospitalière. Ces principes permettent la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de long terme et se déclinent concrètement dans 15 chapitres spécialisés.

3.1 Gradation des soins hospitaliers et coopérations territoriales

3.1.1 Gradation des soins hospitaliers

La gradation des soins hospitaliers a vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Au-delà des soins ambulatoires de proximité, elle comporte 4 niveaux, un premier niveau de proximité auquel peut s'ajouter 3 niveaux dits de recours: infrarégional, régional et interrégional. Ces trois niveaux de recours se distinguent par les degrés de spécialisation et d'expertise attendus à chaque échelle territoriale compte tenu des besoins sanitaires de la population. Ils ont en commun l'appui qu'ils apportent en cascade, au niveau de premier recours et aux plateaux techniques d'activités programmées, du fait soit de leur accessibilité 24h/24, soit de leur expertise.

L'accès aux soins spécialisés en situation d'urgence implique une réflexion intégrant de multiples facteurs :

- s'assurer de la bonne orientation des patients compte tenu de l'organisation territoriale de l'offre de soins, notamment par la pertinence du réseau des urgences et le développement du répertoire opérationnel des ressources;
- regrouper et/ou la mutualiser les plateaux techniques (chirurgie, imagerie, biologie hospitalière) ainsi que restructurer les activités au sein du territoire, avec leur phasage en termes d'investissement et de fonctionnement ;
- déployer les outils de coopération dont la télémédecine facilitant les liaisons entre les professionnels de soins en vue de faciliter l'orientation et le transfert des patients.

3.1.1.1 Le niveau de proximité

Les activités de soins de proximité se structurent autour d'une offre ville-hôpital de proximité englobant tous les offreurs de soins détenteurs d'une autorisation d'activité de soins et/ou d'équipement matériel lourd (EML). Elles se déploient au sein d'établissements de proximité ou de recours qui disposent ou non d'une structure d'urgences ou d'une antenne de SMUR. La télémédecine peut être utilisée, le cas échéant pour sécuriser la prise en charge des patients.
Les activités de proximité impliquent également l'orientation et la coordination de la prise en charge des patients et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital ainsi que l'articulation sanitaire - médico-social.

3.1.1.2 Le niveau de « recours infrarégional »

Il s'agit du deuxième niveau de prise en charge des patients sur un territoire de santé. La mission de recours conjugue des compétences médicales, para médicale et un plateau technique adapté. Pour assurer cette mission de recours, les établissements de santé d'un territoire doivent s'organiser pour répondre à ce besoin de la population. La réponse adaptée sera donnée par l'établissement qui a reçu initialement le malade s'il est en mesure de l'apporter ou par d'autres établissements du territoire dans le cadre de conventions. C'est seulement si le territoire n'est pas en capacité technique de répondre à la demande de manière satisfaisante qu'une solution extra territoriale doit être organisée. L'ensemble de l'organisation repose sur des contrats spécifiques.

3.1.1.3 Le niveau de « recours régional »

En région Paca, compte tenu de la bipolarité de la région au niveau de la population et de l'offre, la majorité des activités de recours pourront se situer à un niveau de recours infrarégional. Le niveau de recours régional concerne l'ensemble des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments dont la complexité et/ou la rareté justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national.

3.1.1.4 Le niveau de « recours interrégional » voire de référence nationale

Il correspond à des activités dont le caractère hautement spécialisé et la fréquence justifient la concentration sur un plateau technique spécifique à une échelle interrégionale, laquelle permet ainsi d'optimiser la ressource médicale experte mobilisée. Parmi les activités relevant des schémas interrégionaux d'organisation des soins (SIOS), la région Paca, la plus peuplée de l'inter région constituée avec la Corse et le Languedoc-Roussillon, possède l'ensemble des disciplines concernées :

- neurochirurgie,
- chirurgie cardiaque,
- activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie,
- greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques,
- traitement des grands brûlés.

A ces disciplines, il faut ajouter la réanimation spécialisée.

Ceci n'exclut pas le recours à des structures en dehors de l'inter région pour quelques traitements d'exception ou examens hyper spécialisés, principalement certaines analyses génétiques, transmises en tant que de besoin à des laboratoires situés en France et même en Europe, selon la rareté des pathologies en cause et la complexité du diagnostic.

3.1.2 Coopérations territoriales

La notion de coopération territoriale est intimement liée à celle de gradation des soins hospitaliers : les établissements coopèrent entre eux pour assurer les différents niveaux de soins, sur des territoires adaptés aux besoins d'accessibilité, dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins, afin de permettre un parcours fluide du patient.

La reconfiguration de l'offre de soins en région PACA est un enjeu majeur des cinq prochaines années. Les établissements sont invités à promouvoir de nouveaux projets de coopération qui permettent par la mutualisation ou le transfert d'équipements, d'activités ou de ressources, d'améliorer la prise en charge et le parcours des personnes.

La recomposition de l'offre s'appuie sur les communautés hospitalières de territoire, les GCS ou tout autre mode de coopérations. Elle permet de rechercher des complémentarités entre les différents établissements publics et privés d'un même territoire, de mutualiser les moyens et de dépasser les cloisonnements. Les établissements médico-sociaux et les professionnels de santé du secteur ambulatoire sont également associés à la démarche chaque fois que nécessaire.

La priorité sera donnée aux conversions ou transformations d'activité plutôt qu'aux créations et les regroupements privilégiés aux fermetures. Les coopérations seront systématiquement encouragées.

Des coopérations territoriales devront notamment être suscitées autour de :

- Aix-Pertuis-Salon-Manosque-Digne,
- Briançon-Gap-Embrun,
- l'ensemble des établissements du Vaucluse,
- Toulon-Hyères-Brignoles,
- Fréjus-Draguignan-Golfe de Saint-Tropez,
- Cannes-Grasse-Antibes,
- Nice-Menton,
- Marseille-Martigues-Arles,
- Marseille-Aubagne-la Ciotat.

Il s'agit de constituer des ensembles cohérents sur un territoire, intégrant toutes les composantes de l'offre de soins. Les coopérations doivent se développer, aussi bien entre établissements de même statut juridique qu'entre publics et privés. Toutes les formes juridiques utilisables peuvent être mises en œuvre en fonction des situations locales.

Entre établissements publics, la communauté hospitalière de territoire apparaît être l'outil juridique de référence, sans exclusive d'autres formes juridiques de coopérations (GCS, conventions….).

Ces stratégies de coopérations devront s'étendre non seulement en intégrant des établissements de statuts juridiques différents mais aussi en termes de couverture géographique pouvant dépasser les limites départementales.

Les ex « hôpitaux locaux » pourront eux-aussi être intégrés au sein de ces regroupements afin de renforcer les liens avec les établissements du territoire.

Enfin sur les agglomérations les plus denses, Marseille et Nice, l'importance de l'offre de soins privée doit à minima permettre la mise en place de coopérations entre les établissements de même catégorie en vue de développer une offre complémentaire coordonnée.

Lorsque, dans le cadre des coopérations territoriales, le regroupement d'activités précédemment exercées sur des sites distincts aboutit à la disparition d'une implantation géographique prévue au SROS, ladite implantation est considérée comme couverte par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation.

3.2 Les missions de service public des établissements de santé

Les missions de service public recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements.

En application de l'article L.1434-9 du code de la santé publique (CSP), le SROS définit les besoins à couvrir en termes de missions de service public.

3.2.1 La recherche

La mission de recherche n'a pas vocation à être déléguée à tout établissement. Elle concerne quelques établissements, au premier rang desquels les CHU et les CLCC.
Les articles L. 6142-1 et suivants du code de la santé publique définissent à cet égard la mission et le rôle spécifiques des centres hospitaliers et universitaires.

3.2.2 L'enseignement universitaire et post universitaire

La mission d'enseignement universitaire et post universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième et de troisième cycle des professions médicales, des pharmaciens et des odotonlogistes. L'Université s'impose de plus en plus comme un cadre de formation pour les professionnels de santé non médicaux.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, les établissements de santé privés peuvent accueillir des internes en formation dans la mesure où la valeur formatrice des stages proposés aura été reconnue.[9]

Le nombre d'internes à former pour la période 2011-2015 en médecine (toutes spécialités médicales et chirurgicales confondues) est fixé à 2764 par l'arrêté du 13 juillet 2011.Le nombre d'internes en formation pour 2011-2012 est de 1563 (Marseille – Nice).

L'arrêté ministériel du 4 janvier 2010 fixe à 7910 le nombre d'internes en pharmacie à former d'ici 2012.
L'arrêté ministériel du 26 février 2010 fixe à 4 le nombre d'internes à former en odontologie. Le nombre d'internes en formation en 2011-2012 est de 4.

3.2.3 Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville. Tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC.

3.2.4 La permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Les conditions d'exercice de cette mission de service public sont définies dans un chapitre spécifique du présent schéma.

3.2.5 L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés

Les conditions d'exercice de cette mission de service public sont définies dans un chapitre spécifique du présent schéma.

3.2.6 La formation initiale et le DPC des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences

La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation initiale et continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé.
Tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC.
Pour les sages femmes, toutes les maternités publiques et privées sont des lieux de stage dans le cursus de formation initiale.

---

[9] La procédure d'agrément des établissements privés à la formation des internes est engagée. La commission d'évaluation des besoins en formation du 3° cycle des études de médicales de chacune des deux facultés de médecine, présidée par le Doyen, définira les spécialités concernées par les besoins en formation.

[10] 79 : nombre d'internes pour l'interrégion sud (Marseille-Nice- Montpellier)

3.2.7 Les actions d'éducation pour la santé et de prévention et leur coordination

Les missions d'éducation pour la santé doivent être mises en œuvre par tous les établissements sanitaires, que ce soit à l'occasion d'hospitalisations ou dans leurs activités externes, et pour chaque discipline dans son domaine spécifique.

Au-delà de cette mission très générale, les établissements ont aussi vocation à développer des programmes structurés d'éducation thérapeutique. Actuellement, le besoin reste incomplètement couvert. Les éléments précisant les conditions de mise en œuvre de cette mission de service public sont précisés dans le schéma régional de prévention.

3.2.8 La prise en charge des soins palliatifs

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste, pour un établissement de santé, à disposer d'organisations spécifiques (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) et de personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

L'évaluation des besoins, l'état des lieux de leur couverture par les unités existantes et les propositions d'implantations sont précisés dans le chapitre soins palliatifs.

3.2.9 Les soins dispensés aux personnes détenues

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants.

Les conditions d'exercice de cette mission sont précisées dans un chapitre spécifique du SROS-PRS.

3.2.10 La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels, institutions et associations qui œuvrent dans ce domaine

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

1°) une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS). Elles doivent être organisées conformément aux recommandations de la DHOS (mai 2008) et aux recommandations de l'enquête régionale publiées courant 2009 qui prévoient un projet d'organisation portant en particulier sur les points suivants :

- accessibilité et visibilité de la PASS,
- structuration et développement du partenariat,
- harmonisation des critères d'inclusion et du recueil des données,
- formation des personnels hospitaliers à l'accueil et à la prise en charge spécifique des publics précaires.

Pour apprécier les modalités de mise en œuvre de ces préconisations, l'ARS a engagé un processus d'évaluation approfondi sur site, chaque PASS devant être évaluée.
Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé. Un besoin non couvert peut s'apprécier par le fait qu'il n'existe aucune PASS au sein d'un territoire de santé. Les besoins de PASS seront précisés par le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

2°) une équipe mobile (type équipe mobile psychiatrie précarité) allant d'une part au-devant des publics en grande difficulté sociale dans leurs lieux de vie et à même d'autre part d'apporter un étayage aux professionnels (en particulier sociaux) qui sont quotidiennement en contact avec ces personnes. Elles visent en particulier à favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins et doivent pour cela formaliser les collaborations avec les équipes (notamment services des Urgences) de leur établissement de rattachement et avec les autres établissements de santé ;

3°) l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité ;

4°) plus globalement, chaque établissement doit, dans son territoire de référence, avec les partenaires sociaux et de santé et les institutions et associations concernées, contribuer à construire une politique visant à améliorer l'accès aux soins, les soins et la santé des publics en situation de grande vulnérabilité sociale.

Le PRAPS précise les évolutions nécessaires à la lutte contre l'exclusion, l'accès aux droits, aux soins et la continuité des soins à ces publics en grande vulnérabilité sociale.

3.2.11 Les actions de santé publique

Les actions de santé publique contribuent à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Cette mission a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé.

3.2.12 La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

Conformément à la Loi du 05 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, il s'agit désormais des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du titre premier du livre 2 relatif à la lutte contre les maladies mentales du code de la santé publique ou de l'article 70°6-105 du code de procédure pénale.

Ces soins sont mis en œuvre sur la foi d'un certificat médical, confirmé par deux nouveaux examens et certificats médicaux dans les 24 heures et soixante-douze heures suivant l'admission en soins. L'hospitalisation n'est plus la modalité exclusive de ces soins. La modalité ambulatoire est désormais privilégiée lorsque l'état du patient le permet. Le besoin est couvert.

3.2.13 Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres de rétention est exercée dans le respect des dispositions des articles L.551-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Le SROS recense les établissements de santé apportant des soins aux personnes retenues, dans le cadre d'une convention avec le centre de rétention.

Le besoin est couvert par les dispositions mentionnées dans le chapitre spécifique du SROS.

3.2.14 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sureté est exercée dans le respect des dispositions des articles L.706-53-13 et suivants du code de procédure pénale. Il existe actuellement un seul centre expérimental en France, dont l'évaluation est prévue après 5 ans de fonctionnement.

Cette mission de service public ne peut donc pas faire l'objet d'une attribution dans la première version du SROS-PRS.

3.3 La régulation de l'activité des établissements de santé

Afin de garantir à l'ensemble de la population un accès à des soins de qualité compatible avec le nécessaire respect de l'ONDAM, il est indispensable de développer les outils permettant la régulation de l'activité des établissements de santé. Tous ces outils seront développés et mis en œuvre en concertation avec les acteurs de santé et leurs représentants.

3.3.1 Les implantations

Les objectifs en implantation déterminent la localisation et le nombre des implantations. Ils sont opposables aux établissements.
A noter qu'une implantation correspond à la fois à une entité juridique et à une localisation géographique. Un établissement multi sites comporte autant d'implantations que de sites autorisés pour la même activité. De même, si sur un même site géographique (pôle public-privé) chaque établissement est autorisé pour la même activité, il y aura 2 implantations sur ce pôle. Il y aura donc autant d'implantations que d'autorisations sur un même site géographique.
La création d'un « GCS établissement » peut donc donner lieu, en conséquence, à une implantation supplémentaire.
Lorsque la cessation d'une ou plusieurs d'activités de soins est consécutive à des difficultés financières en lien avec un volume d'activité insuffisant, les autorisations détenues à ce titre n'ont pas vocation à être réattribuées dans la mesure où les besoins sont couverts.

3.3.2 Pertinence des actes et des modalités de prise en charge

Un acte, ou un séjour, pertinent est celui pour lequel les avantages escomptés l'emportent sur les coûts économiques et les risques d'iatrogénie. Il est souhaitable de développer une expertise robuste et généralisable s'appuyant notamment sur la littérature scientifique, les recommandations de pratiques professionnelles existantes, l'analyse des pratiques collectives et l'analyse fine des données d'activité recueillies par l'assurance maladie. L'adéquation entre le respect des recommandations de bonnes pratiques et les moyens à mettre en œuvre tant humains que logistiques ou structurels doit guider les recompositions.

3.3.3 La régulation quantitative de l'activité

Les objectifs quantitatifs en volume d'activité opposables sont remplacés par des indicateurs de pilotage d'activité non opposables aux établissements en l'état actuel de la réglementation.

Les données mobilisées pour identifier les indicateurs de pilotage d'activité à l'horizon 2016 sont :

- les taux de recours constatés de la population de la région (bruts et standardisés pour permettre une comparaison avec les comportements moyens nationaux ou infrarégionaux).
- la production des établissements en fonction du territoire de provenance des patients
- l'évolution prévisionnelle de la population à l'horizon 2016
- les modifications de l'offre de soins envisagées sur cette période : évolutions techniques et organisationnelles, ou encore amélioration de la pertinence des soins délivrés.

Ces indicateurs ne figurent pas dans le PRS. Ils seront consignés dans les CPOM et pourront faire l'objet d'une contractualisation spécifique portant sur des disciplines, spécialités, actes ou modalités de prise en charge. Ils concernent l'activité des établissements hospitaliers, publics et privés, en hospitalisation complète ou en alternative, en médecine, chirurgie, SSR, psychiatrie et unité de soins de longue durée. Certaines activités sont étudiées spécifiquement : la cardiologie interventionnelle, les endoscopies, en particulier digestives, certaines spécialités chirurgicales (chirurgie urologique, ophtalmologique, chirurgie de la bouche et des dents)

L'objectif général pour la période de ce PRS consiste à ne pas diminuer les volumes d'activité, mais à les stabiliser lorsque ceux-ci sont supérieurs à la moyenne nationale.

4 Activités de soins relevant du SROS

Médecine

Oxygénothérapie hyperbare

Chirurgie

Périnatalité

Assistance médicale à la procréation (AMP) et diagnostic prénatal (DPN)

Psychiatrie

Soins de suite et de réadaptation

Soins de longue durée

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Médecine d'urgence

Permanence de soins en établissements de santé (PDSES)

Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extra-rénale

Traitement du cancer

Examen des caractéristiques génétiques (génétique post-natale)

Imagerie médicale, imagerie en coupe

Imagerie médicale, médecine nucléaire

Soins palliatifs

Soins aux détenus

MEDECINE

4.1 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 aces techniques interventionnels utilisant l'imagerie médicale.

4.1.1 Analyse de l'existant

Si notre région se caractérise par une couverture convenable en médecine polyvalente notamment grâce à l'activité développée dans les petites agglomérations et dans les « Hôpitaux locaux », certaines zones montagneuses ou de l'arrière-pays connaissent néanmoins des difficultés en raison des problèmes de démographie médicale dans ces zones reculées.

L'offre hospitalière de médecine spécialisée est importante dans les grandes agglomérations de la région PACA et notamment sur la bordure côtière.

L'organisation des soins hospitaliers connaît des mutations liées à l'évolution des techniques, des pathologies mais aussi en raison de l'évolution de la démographie médicale dans certaines spécialités.

Globalement, la coordination entre la médecine hospitalière et libérale reste très perfectible.

4.1.1.1 Production et consommation hospitalière en médecine

Taux de recours 2009 région Paca /France entière

Médecine	Nombre de séjours 2009	Taux de recours régional standardisé	Taux de recours national	Taux différentiel régional/national
Hospitalisation Complète	**409 327**	**782**	844,1	0,926
Hospitalisation Partielle	**137 764**	**273**	278,6	0,978
Techniques Interventionnelles	**277 442**	**538**	384,4	1,399

Source ATIH

Le taux de recours régional recouvre de fait des situations variables selon les secteurs d'activité :

- très élevé sur les techniques interventionnelles 538 en Paca pour 384 pour le niveau national, soit + 40% ;
- par contre le recours à l'hospitalisation complète est de 782 en Paca pour 844 au niveau national ;
- et pour l'hospitalisation partielle 273 pour 279.

Le recours est de plus variable selon les départements.

Taux de recours par département

TAUX DE RECOURS							
Médecine	régional	**04**	**05**	06	13	83	84
Hospitalisation Complète	**782**	815	940	724	806	790	745
Hospitalisation Partielle	**273**	314	330	251	310	235	225
Techniques Interventionnelles	**538**	436	426	550	577	520	463

Source ATIH

Une analyse plus fine des taux de recours montre que :

- le taux de recours sur les actes interventionnels est particulièrement élevé pour les endoscopies digestives (+ 49,5 %),
- le taux de recours hors technique interventionnelle est inférieur à la moyenne nationale, en particulier pour le diabète (- 10,5 %), la rhumatologie (- 13,7 %) et la cardiologie (- 10,8 %).

La consommation de soins peut être analysée en fonction du lieu de résidence des patients et du lieu de réalisation du séjour :

- en fonction du lieu de résidence des patients, on parle d'autarcie si la consommation se fait dans le même département et de fuite si la consommation est réalisée ailleurs,
- en fonction du lieu de réalisation du séjour, on parle d'attractivité si les patients traités résident dans un autre territoire de santé que celui de l'établissement dans lequel ils sont traités.

La région se caractérise en médecine par une forte autarcie :

Région PACA : fuites et attractivité en médecine

	Séjours PACA pour patients PACA	Séjours Hors PACA pour patients PACA (fuites)	Séjours PACA pour patients hors PACA (Attractivité)	Solde (attractivité - fuites)	Production totale PACA
Nb séjours Médecine	**767123**	**22615**	**41651**	**19036**	**808774**

Source : exploitation base PMSI 2010 validée ATIH

Consommation séjours de médecine, hors techniques interventionnelles en 2010

		demande totale	Alpes de Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	Hors PACA
Patients	Alpes de Haute-Provence	18 918	49%	14%	2%	31%	0%	1%	2%
	Hautes-Alpes	16 740	0%	79%	0%	12%	0%	0%	7%
	Alpes-Maritimes	117 124	0%	0%	97%	1%	0%	0%	2%
	Bouches-du-Rhône	219 396	0%	0%	0%	93%	0%	3%	3%
	Var	108 257	0%	0%	6%	18%	73%	0%	2%
	Vaucluse	52 629	0%	0%	0%	17%	0%	72%	10%
	Hors PACA	32 845	1%	5%	18%	41%	13%	23%	0%
	Total	565 909	2%	3%	22%	45%	15%	9%	3%

Pour le département des Alpes de Hautes Provence, on constate un phénomène important de fuites vers les autres départements (51 %). Au contraire, l'autarcie est plus marquée pour les Hautes Alpes, puisque les patients de ce département sont soignés à 79% dans leur propre département.

97 % des patients des Alpes Maritimes ont été soignés dans leur département et 93% des patients dans les Bouches du Rhône mais cette comparaison est biaisée par l'absence d'information sur le nombre de patients traités dans la Principauté de Monaco.

4.1.1.2 Les « ex hôpitaux locaux »

La région compte 24 hôpitaux locaux, dont 17 développent une activité de médecine à ce jour :

- 4 dans le 04,
- 2 dans le 05,
- 6 dans le 06,
- 1 dans le 13,
- 0 dans le 83,
- 4 dans le 84.

4.1.1.3 L'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Deux secteurs géographiques n'accèdent pas actuellement à l'HAD : le Nord des Alpes Maritimes, le triangle des Alpilles entre Avignon, Arles et Salon.

Le reste du territoire dispose d'autorisations mais des zones difficiles d'accès ou peu peuplées n'ont de fait pas ou peu accès à cette offre de soins.

4.1.1.4 La prise en charge pédiatrique

La région comporte19 sites disposant d'unités de pédiatrie.

Tous les territoires comportent au moins une unité de pédiatrie.

Il n'existe actuellement aucune unité spécialisée dans la prise en charge de l'adolescent.

La région comporte des centres de référence pour 8 groupes de maladies rares. Elle comprend 3 centres de ressources et de compétences pour la mucoviscidose (dans les Hôpitaux Pédiatriques de Nice, à La Timone Enfant à Marseille, et à l'Hôpital René Sabran à Hyères). Elle comprend deux centres de références pour les troubles du langage (Hôpitaux Pédiatriques de Nice et de La Timone Enfant).

4.1.1.5 La prise en charge gériatrique

16 implantations de court séjour gériatriques sont actuellement prévues en région PACA. 14 d'entre elles sont installées au sein d'un établissement qui dispose d'une structure des urgences.

24 équipes mobiles de gériatrie (EMG) sont en fonctionnement et une reste à mettre en œuvre

Sur les 18 unités de consultation et d'hospitalisation de jour gériatriques préconisées, 7 sont opérationnelles.

29 « consultations mémoire » fonctionnent en Paca à ce jour. Deux CMRR sont en fonctionnement, à Marseille et à Nice.

4.1.2 Objectifs généraux

4.1.2.1 Une offre hospitalière en médecine graduée en fonction des besoins de plateau technique

La médecine hospitalière évolue vers une augmentation du recours aux actes techniques, diagnostiques ou thérapeutiques et vers davantage de prises en charges interdisciplinaires. Dans le mêmes temps les effectifs médicaux de certaines spécialités sont prévus à la baisse. Ces évolutions nécessitent une réflexion approfondie sur la gradation des plateaux techniques et les sites où sont réalisés des actes techniques de médecine avec anesthésie.

De nouveaux modes d'organisation doivent être recherchés pour améliorer l'accès à la 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'organisation doit tendre vers :

- le regroupement de plateaux techniques interventionnels médico-chirurgicaux,
- le développement de l'hospitalisation de jour,
- le développement de l'HAD et l'amélioration de sa couverture territoriale,
- une meilleure articulation avec la médecine de ville 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,
- la redéfinition de la place et du rôle de chaque hôpital local,
- une réflexion sur l'évolution des modalités de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

4.1.2.2 Redéfinir le rôle des « ex hôpitaux locaux »

Un problème important est celui du devenir des activités de médecine et/ou de SSR dans ces établissements. Quelle est la place d'un établissement de santé dépourvu de plateau technique alors que la médecine devient de plus en plus technique? L'existence de lits de médecine dans les ex hôpitaux locaux doit être systématiquement analysée au regard de sa pertinence. Les hôpitaux locaux évolueront de manière différente selon leur localisation, leur plateau technique, les équipes soignantes, les équipements dont ils disposent et les ressources médicales présentes dans leur environnement.

Un tel établissement doit jouer un rôle pivot dans l'organisation des soins de proximité et de premier recours. Entre le domicile et les établissements de santé disposant des activités d'urgence, de chirurgie et de médecine de spécialité, il doit être le lieu de l'articulation et de la coordination des soins, véritable plate-forme sanitaire, médico-sociale et sociale de l'immédiate proximité. Il doit assurer un rôle majeur dans le domaine de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de l'accompagnement de la personne âgée.

Il s'appuie de manière étroite sur un centre hospitalier de son environnement. Il constitue un élément d'attractivité réelle auprès des professionnels libéraux exerçant à proximité.

L'activité de l'établissement doit s'orienter vers l'organisation de consultations, devenir un lieu d'ancrage d'activités d'HAD et de prévention, fixer la permanence des soins ambulatoires. Cette recomposition doit se réaliser par une réflexion au niveau des territoires de proximité, en partenariat avec les établissements de santé, autour des équipes mobiles et consultations avancées afin de garantir le niveau de médicalisation de ces établissements. Il convient de prévoir aussi les articulations notamment avec les maisons de santé pluri professionnelles, les pôles de santé, les cabinets de professionnels de santé et les centres de santé.

4.1.2.3 Assurer 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 importe qu'y soit développée une médecine polyvalente à orientation. Le patient doit devenir le centre d'une prise en charge multidisciplinaire dans laquelle l'affection aigue ayant justifié l'hospitalisation et l'ensemble des affections chroniques préexistantes sont également prises en charge et où la prévention et la prise en charge de la dépendance sont assurées.

4.1.2.4 Des plateaux techniques médico-chirurgicaux et interventionnels

Le plateau technique devient le lieu où se concentrent tous les modes de prises en charge. 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 de pédiatrie et d'urgence.
Il faut regrouper ces établissements, développer leurs coopérations autour de plateaux techniques dont le fonctionnement permanent doit être garanti.

4.1.2.5 Une offre de référence sur des sites hyperspécialisés

Ils sont le lieu où doivent converger toutes les prises en charge complexes et l'ensemble des hyper-spécialités.

Parmi celles-ci, la médecine interne, véritable médecine de synthèse, se caractérise par une approche globale du patient. Les CHU doivent comporter des unités de médecine interne. Elle doit y rester présente à côté de la spécialité d'organe (mission d'enseignement et de recherche).

Chaque fois qu'elle est présente dans un autre 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.

4.1.2.6 Proposer des modes de prise en charge alternatifs adaptés

Le développement de l'hospitalisation de jour

Comme en chirurgie, la demande des patients, la recherche d'une amélioration de l'efficience par une meilleure adéquation entre le mode de prise en charge et le besoin objectif de soin justifie le développement de l'hospitalisation de jour.

La poursuite du développement de l'hospitalisation à domicile

Si l'HAD est rattachée à l'activité de médecine, elle en dépasse pourtant largement les contours. Nombreuses sont les activités qui sont impactées par son développement, citons notamment : la prise en charge post opératoire, les soins palliatifs, la surveillance des grossesses à risque, la néonatalogie, la cancérologie.

L'HAD est une activité de soins soumise à autorisation et en même temps, elle est une structure de coordination, qui s'adresse à toutes les pathologies et à tous les âges. Composante essentielle et efficiente du parcours de soins elle intervient en amont et en aval de l'hospitalisation, à la sortie des urgences, dans les prises en charge des patients sur leur lieu de vie, y compris en établissement médico-social (personnes âgées ou en situation de handicap). Elle permet ainsi de fluidifier le parcours de soins en amont et en aval de l'hôpital, et évite des hospitalisations.

Enfin, il sera nécessaire d'afficher un certain nombre de principes sans lesquels le développement de l'HAD serait compromis, dont notamment :

- l'importance du médecin coordinateur en HAD, son articulation avec le médecin traitant, et l'articulation de l'HAD et de l'ambulatoire avec l'objectif d'éviter des hospitalisations,
- l'accès à la totalité du dossier médical du patient,
- une politique de recours à l'HAD avant l'hospitalisation chaque fois que cela est possible et le partenariat « obligatoire » entre les hôpitaux et les HAD pour une gestion prévisionnelle. Il est indispensable de prendre en compte le fait que les HAD ne sont pas « prescripteurs de leur activité », mais dépendent de prescriptions d'établissements de santé avec hébergement.

Le développement de l'HAD doit prendre en compte :

- le profil médical du patient ;
- la densité des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou salariés ;
- la formation des personnels de santé ;
- le développement du système d'information ;
- la qualité des transmissions ;
- les anticipations et prévisions des établissements proposant le patient ;
- l'importance et la qualité des relations avec les médecins traitants ;
- la prise en compte des aspects sociaux de l'environnement familial et social.

L'amélioration de la couverture territoriale de l'HAD et sa bonne insertion dans l'offre de soins reposent sur :

- une mise en œuvre complète des autorisations déjà délivrées, en nombre de places comme en couverture territoriale
- la réponse aux besoins des zones insuffisamment couvertes pour lesquelles la demande n'est pas suffisante pour créer une HAD d'au moins 40 places passera par des demandes d'extensions de territoire d'intervention par les structures les plus proches ;
- un partenariat étroit avec les intervenants libéraux, les hôpitaux locaux et les SSIAD en zone rurale ;
- la création d'antennes délocalisées.

Une des caractéristiques fondamentales de l'hospitalisation à domicile tient au fait qu'elle prend en charge des malades souvent poly-pathologiques, ce qui rend incontournable son caractère généraliste ou polyvalent.
L'HAD a un rôle important à jouer dans la prise en charge des personnes âgées. Le développement des soins palliatifs en HAD doit être poursuivi.

L'activité obstétricale en HAD doit se limiter à la surveillance de grossesse à risque, la prise en charge de pathologies maternelles et le post-partum pathologique ; le post-partum physiologique ne relève pas de l'HAD sauf pour des sorties précoces à J2.

La néonatalogie en HAD ne peut être envisagée qu'autour des centres de réanimation néonatale.

Les prises en charge pédiatriques ne peuvent se développer qu'autour des établissements ayant une activité de pédiatrie structurée.

4.1.2.7 Organiser le parcours du patient

L'organisation du parcours patient doit répondre aux principaux enjeux de l'activité de soins de médecine :

- la prise en compte du vieillissement de la population prise en charge
- le développement des maladies chroniques et des situations de poly-pathologies.

Il faut pour cela développer et renforcer l'offre de prise en charge polyvalente, et garantir un accès aux plateaux techniques de médecine spécialisée.

Les services de médecine présents dans l'établissement

La polyvalence en médecine doit se traduire par la participation de tous les médecins à la permanence multidisciplinaire (ou interdisciplinaire). La tendance à la spécialisation ne doit pas faire oublier la mission de proximité qui s'impose à chaque établissement.
C'est pourquoi, les établissements de santé autorisés en médecine doivent offrir une prise en charge polyvalente, notamment pour les situations de poly-pathologies ainsi qu'une prise en charge spécialisée dans l'une au moins des disciplines ou spécialités médicales.

La spécialisation des services conduit progressivement à une spécialisation parallèle des équipes soignantes. C'est une évolution inéluctable et nécessaire (soins de plus en plus techniques) mais qui doit préserver la possibilité de polyvalence des équipes.

Le médecin référent du séjour du patient

La multiplication des acteurs intervenant concomitamment auprès du patient rend indispensable leur coordination par un médecin référent du séjour. Il est chargé :

- de faciliter la transmission des informations internes
- de la recherche, dès l'entrée du malade, de la filière d'aval adaptée
- du maintien de l'expertise spécialisée après le transfert ou le retour à domicile.

La continuité d'une prise en charge coordonnée

Les professionnels des différents sites autorisés doivent être en liaison permanente notamment grâce aux outils de la télémédecine. De plus, la continuité des soins doit être assurée depuis le début de la prise en charge jusqu'à son terme, c'est-à-dire depuis le domicile et, chaque fois que possible, jusqu'au retour au domicile

Garantir la permanence des soins dans certaines spécialités ou pour certaines techniques médicales impose la mutualisation des équipes exerçant sur un même territoire.

Une articulation entre l'offre de santé libérale et les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation complète, hospitalisation de jour et hospitalisation à domicile) permet de proposer le mode de prise en charge adapté en évitant le passage par le service d'accueil des urgences. De même, pour la suite de l'hospitalisation, l'existence de moyens de communication dédiés entre les intervenants qui assurent la suite des soins et l'équipe médicale hospitalière est nécessaire.

La prise en charge des personnes âgées

La filière gériatrique a pour mission d'organiser la fluidité du parcours de soins de la personne âgée en mobilisant l'ensemble des modalités de prise en charge disponibles au niveau d'un territoire. Elle doit être en mesure d'assurer les admissions d'urgence ou programmables en court, moyen ou long séjour ainsi que les bilans. Elle doit permettre, dans les meilleurs délais, l'accès des patients à un plateau technique ainsi qu'aux compétences des équipes ou unités de soins palliatifs et des équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles de psychiatrie.

L'établissement de santé support de la filière est celui qui comporte le court séjour gériatrique. Il doit comporter une équipe mobile et une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique. Il doit disposer d'une structure d'accueil des urgences ou être conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure. S'il ne dispose pas de soins de suite et de réadaptation gériatrique ainsi que de soins de longue durée, il doit conventionner avec d'autres établissements publics ou privés qui en sont dotés. Enfin il doit organiser un partenariat avec l'hospitalisation à domicile, les médecins traitants, les acteurs médico-sociaux et sociaux ainsi que les structures de coordination (CLIC, réseaux de santé, MAIA et plateformes de répit).

Pour améliorer le fonctionnement de la filière gériatrique, il convient de :

- installer tous les courts séjours gériatriques,
- renforcer la reconnaissance des missions, des activités et du fonctionnement des équipes mobiles gériatriques,
- mettre en œuvre les 11 unités d'hôpitaux de jour gériatriques nécessaires pour atteindre le taux cible,
- veiller à la coordination des acteurs locaux et favoriser l'intégration des services.

Il est important que l'accès direct en court séjour gériatrique soit toujours privilégié et favorisé par rapport au passage par les structures d'urgence.
La sortie débouche souvent sur un transfert vers un établissement de soins de suite et de réadaptation. Il faut donc favoriser l'identification d'une équipe soignante référente du séjour qui prépare la sortie (transfert) dès le jour de l'admission en court séjour.

Prise en charge des enfants et des adolescents

Face à une pathologie pédiatrique, chaque fois que possible, l'enfant sera orienté vers une structure (hospitalière ou libérale) spécifique de l'enfant. Lorsque cela n'est pas possible, il faut qu'un appui pédiatrique (conseil, recours, transfert, …) soit protocolisé. Les pédiatres doivent être impliqués dans les missions de prévention, dépistage et éducation 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. 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. Mais ce sont aussi des patients présentant hors de toute pathologie vraie somatique ou psychiatrique, une nécessité d'hospitalisation à la suite de tentative de suicide, comportement addictifs (alcoolisation, drogues, violence, comportement alimentaire, …), ou problèmes familiaux. Ces adolescents n'ont pas leur place dans des unités de pédopsychiatrie et arrivent à l'hôpital par les urgences de pédiatrie. Ils nécessitent une présence et une implication importante de la part des personnels médicaux et paramédicaux, la collaboration étroite de psychologues ou pédopsychiatres et des aménagements de locaux différents de ceux des plus jeunes enfants.
Ce type d'unité doit être développé au besoin par une mutualisation entre services d'adultes, services de pédiatrie et services de pédopsychiatrie.

La place des services de pédiatrie dans les établissements de santé pourrait être organisée en 3 niveaux :

Un niveau de référence :

- des services de pédiatrie de référence et d'expertise au niveau régional. Implantés au niveau des 2 villes sièges de CHU, ils disposent aussi d'une structure d'urgence pédiatrique, de chirurgie pédiatrique et de cancérologie pédiatrique. On y trouve des pédiatres en nombre suffisant pour organiser une garde pédiatrique indépendante de la néonatologie, disposer des sur-spécialités, 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. Ils sont implantés dans les établissements disposant d'une unité de néonatologie 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.

Dans les établissements publics de santé sans activité permanente de pédiatrie ou néonatologie, il apparaît souhaitable de maintenir une offre de soins pédiatriques pour répondre aux besoins d'hospitalisation de courte durée, voire de jour, les plus fréquents dans le souci de respecter les objectifs d'accessibilité aux soins et de proximité. Ce type de fonctionnement nécessite un conventionnement avec un service de pédiatrie.

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.

4.1.2.8 Améliorer l'efficience et la qualité des soins

L'organisation de la flexibilité des capacités est un outil essentiel à la cohérence entre les capacités d'accueil disponibles et le besoin. Les capacités disponibles peuvent donc varier d'une période de l'année à l'autre en fonction des besoins de la population. Elles doivent être suffisantes pour garantir une réponse adaptée.

L'amélioration de l'efficience doit également s'appuyer sur une coordination de la prise en charge. Lorsque le recours à une spécialité non présente au sein de l'établissement est nécessaire, le déplacement du malade ne doit être dicté que par la nécessité de recourir au plateau technique plus adapté.

4.1.3 Tableau de bord de suivi de l'activité

Ces indicateurs seront à fournir annuellement et lors du dépôt des demandes de renouvellement sur les trois dernières années.

4.1.3.1 Suivi de l'activité médecine

Evolution de l'activité et des implantations :

- DMS pour les séjours en médecine de plus de 24 heures ;
- taux de ré-hospitalisation en médecine dans les 30 jours ;
- taux de séjours ayant une équipe référente désignée ;
- suivi des indicateurs de pilotage d'activité par modalité de prise en charge : hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel, techniques interventionnelles (nombre de séjours, nombre de séances).

4.1.3.2 Suivi de l'HAD

Indicateurs de réponse aux besoins

- délai d'admission moyen dans la structure depuis la prescription par un médecin ;
- nombre de demandes d'admission reçues ;
- nombre d'admissions réalisées ;
- ventilation des motifs de non admission.

Diversité des prises en charge :

- classes d'âge des patients ;
- distribution des modes de prise en charge principaux ;
- analyse des Groupes Homogènes de Prise en Charge.

Articulation HAD et établissements de santé, HAD et EHPAD :

- mode d'entrée ;
- mode de sortie ;
- nombre de journées réalisées en EHPAD.

Proximité des prises en charge :

- code géographique du domicile des patients.

Indicateurs de qualité des prises en charge

- nombre et durée des interventions du personnel médical et paramédical en fonction des Groupes Homogènes de Prise en Charge (GHPC) ;
- nombre d'interventions du personnel médical et paramédical entre 20 heures et 8 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés ;
- taux de satisfaction des patients et de la famille ;
- résultats de l'évaluation interne sur la qualité du dossier patient.

4.1.4 Implantations par territoire

Le SROS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soins 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.

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Alpes de Haute Provence	Digne	1	1	* Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS
	Manosque	1	1	
	Seyne les alpes	1	1*	
	Barcelonnette	1	1*	
	Castellane	1	1*	
	Riez	1	1*	
	Sisteron	1	1	
	TOTAL	**7**	**7**	

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Hautes Alpes	Briançon	1	1	* Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS
	Gap	2	2	
	Aiguilles	1	1*	
	Embrun	1	1	
	Laragne	1	1*	
	TOTAL	**6**	**6**	

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Alpes Maritimes	Nice	10	9	Regroupement de deux implantations
	Antibes	1	1	
	Cannes	3	2	Regroupement de deux implantations
	Cagnes sur Mer	1	1	
	Saint Laurent du Var	1	1	
	Mougins	1	1	
	Menton	1	1	
	Grasse	1	1	
	Saint Etienne de Tinée	1	1*	* Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS
	Saint Martin Vésubie	1	1*	
	Puget Théniers	1	1*	
	Sospel	1	1*	
	Breil sur Roya	1	1*	
	Tende	1	1*	
	TOTAL	**25**	**23**	

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Bouches du Rhône	Aix en Provence *	6	5	Regroupement de deux implantations sur un site unique
	Allauch	1	1	
	Arles	3	3	Maintien de 3 autorisations mais regroupement de deux établissements sur un site géographique unique
	Aubagne	2	2	
	Istres	1	1	
	La Ciotat	1	1	
	Marignane	1	1	
	Martigues	1	1	
	Marseille **	22	18	Regroupement prévu de 2 implantations sur 1site géographique unique
	Gardanne	0	1	
	Salon de Provence	1	1	
	Tarascon	1	1	
	TOTAL	**40**	**36**	

* le nombre de sites tient compte de l'existence d'un site généré par la coopération de deux établissements sur une activité spécifique

** le nombre de sites tient compte de l'existence d'un site généré par la participation regroupée de deux établissements sur une activité spécifique et de l'hôpital d'instruction des armées

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Var	Fréjus	1	1	
	Draguignan	2	2	
	Gassin	1	1	
	Brignoles	1	1	
	Hyères	3	3	
	Toulon *	5	4	Regroupement de deux implantations sur un site unique
	Ollioules	2	2	
	La Seyne	2	2	
	La garde	1	0	Regroupement de l'implantation sur un site toulonnais
	Nans les Pins	1	1	
	TOTAL	**19**	**17**	

*Le nombre de sites sur Toulon tient compte de l'hôpital d'instruction des armées

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Vaucluse	Avignon	3	3	
	Orange	1	1	
	Vaison	1	1	
	Valréas	1	1	
	Bollène	1	1*	* Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS
	Carpentras	1	1	
	Isle sur la Sorgue	1	1	
	Cavaillon	1	1	
	Pertuis	1	1	
	Gordes	1	1*	* Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS
	Apt	1	1	
	Sault	1	1*	* Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS
	TOTAL	**14**	**14**	

OXYGENOTHERAPIE HYPERBARE

4.2 Oxygénothérapie Hyperbare

4.2.1 Bilan de l'existant en région PACA

4.2.1.1 Les caissons en PACA

La France métropolitaine compte 21 caissons installés : 18 caissons civils dont 5 en PACA [Avignon (1), Marseille (3), Nice (1)] et 3 caissons militaires dont un en PACA (Toulon).
Sur les 18 caissons civils, 15 sont installés dans des établissements publics (ex DG) et 4 dans des établissements privés (ex OQN) dont 3 caissons en PACA : deux à Marseille et un en Avignon

Les caissons permettent de prendre en charge des patients en position assise et/ou couchée. Certains caissons disposent de plusieurs chambres et 3 d'entre eux possèdent une chambre réservée aux urgences.

4.2.1.2 Activité 2010

2 160 patients ont été traités en 2010 dans les centres hyperbares de la région PACA dont 63% en ambulatoire.

28 048 séances ont été réalisées dont 2% en dehors des heures d'ouverture du centre. Ce pourcentage comprend les séances programmées du dimanche pour les traitements nécessitant un traitement en continu. Le nombre de séances 2004 était voisin de 50 000 séances.

680 séances ont été faites en urgence dont 200 séances pour intoxication au monoxyde de carbone et 396 pour des accidents de décompression.

Le temps moyen par séance est de 90 minutes à la pression de 2.5 ATA ce qui est conforme aux référentiels.

Tous les centres indiquent

- disposer du manuel des procédures et de sécurité et du matériel d'urgence (dans le centre),
- mesurer la pression trans cutanée en oxygène (PtcO2) permettant, dans certaines indications, de valider le traitement par oxygénothérapie hyperbare (OHB).

Les complications déclarées au traitement par OHB sont peu fréquentes (en moyenne 6 patients par centre). Il s'agit essentiellement d'otite baro traumatique réversible.

Le pourcentage de patients pris en charge par OHB et habitant le département d'implantation du centre est de 80-90% excepté le caisson du Vaucluse où le recrutement extra départemental représente près de 44% des patients.

Pathologies prises en charge

L'éventail des pathologies est très large ; parmi les pathologies les plus fréquentes :

- Ulcères ou gangrènes ischémiques chez les patients diabétiques ou non diabétiques en ischémie critique chronique, lésions du pied incluses : 10 191 séances,
- Surdités brusques : 5 155 séances (dont près de 49 % réalisés dans les 2 centres privés de Marseille),
- Lésions radio induites : 3 776 séances,
- Retard à la cicatrisation : 2 378 séances (68 % réalisés dans les deux centres privés de Marseille),
- Infection bactérienne à germes anaérobies ou mixtes, nécrosante des tissus mous : 1 252 séances.

Les pathologies prises en charge ne sont pas toujours en adéquation avec les recommandations de la HAS (rapport 2007). C'est le cas notamment de la surdité brusque, de la rectite radio-induite où le service attendu de l'OHB est considéré non déterminé. (Nécessité d'essai clinique randomisé complémentaire). Ces indications ne sont pas remboursables par les caisses d'assurance maladie (actes en phase de recherche clinique pouvant faire l'objet d'une convention HAS – UNCAM).

Personnel médical et para médical

Selon les centres, 3 ou 4 médecins (y compris remplaçants) assurent le fonctionnement des centres OHB.

Le personnel paramédical (manipulateurs et / ou IDE ayant le certificat d'aptitude à l'hyperbarie) est en moyenne au nombre de 6 ETP par centre.

4.2.2 Orientations générales

4.2.2.1 Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins

4.2.2.1.1 Prise en charge en urgence

Prise en charge H24 par une équipe qualifiée de médecin hyperbariste et de personnel para médical formé, essentiellement pour les intoxications au monoxyde carbone (CO) et les accidents de plongée.

Intoxications au CO

Les intoxications au CO relevant d'un traitement par oxygénothérapie hyperbare sont classiquement les intoxications à hauts risques de complications : perte de conscience, avec des signes neurologiques, cardiaques, respiratoires ou psychologiques, ou en cas de grossesse.

Le médecin hyperbariste doit être intégré dans la chaîne de soins. Un patient relevant d'un traitement OHB doit être directement dirigé vers le centre hyperbare. Les protocoles de régulation sont appliqués au niveau régional.

Le port d'un détecteur atmosphérique de CO est souhaitable pour protéger les secours et faciliter le diagnostic. Le dosage sanguin d'HbCO est la technique de référence (prélèvement effectué moins de 10 min. après l'extraction de la victime et dosage réalisé moins d'une heure après le prélèvement). Il peut faciliter le diagnostic, le triage et l'orientation en pré hospitalier.

Il est recommandé que les patients soient revus en consultation si possible par le médecin hyperbariste (l'intoxication au CO étant responsable de 60% de séquelles en particulier neurologiques et cardiaques)

En urgence, le traitement alternatif est le traitement par oxygène normobare (en cas de signes mineurs). Le traitement par OHB est alors le traitement de relais, réalisé dans tous les cas avant la 24ème heure chez les patients à haut risque de complications. La mise sous ventilation mécanique nécessite la présence d'un médecin ou d'un infirmier formés à la réanimation à l'intérieur du caisson, et exige la proximité d'un service de réanimation ou d'urgences.

Afin de mieux étudier la prise en charge des patients, un recueil informatique des données sera fait au niveau régional.

Accidents de plongée

Selon les recommandations de la HAS issues de la conférence de consensus de l'EHCM[11] 'les soins de première urgence consistent en l'administration d'oxygène à 100 % sur le lieu de l'accident, et mise en place d'une réhydratation. Après stabilisation immédiate et évaluation médicale, les victimes d'un accident de plongée doivent être immédiatement dirigées vers le centre spécialisé d'OHB disponible le plus proche.

Le médecin urgentiste doit avoir à sa disposition les coordonnées du caisson hyperbare le plus proche pouvant prendre en charge le patient. Le protocole de régulation concernant les accidents de plongée et le référentiel sur la prise en charge des urgences maritimes sont appliqués au niveau régional. Concernant le cas particulier d'un accident de plongée survenu dans un lac, un guide de régulation est en cours d'élaboration.

Il faut noter également une augmentation de fréquence des accidents cardiaques en plongée. Le groupe technique régional préconise que l'accès au défibrillateur semi automatique soit optimisé en côtier (équipements des vecteurs, douanes, gendarmerie maritime).

Afin de mieux étudier la prise en charge des patients, un recueil informatique des données sera fait au niveau régional (voire l'élaboration d'un registre régional).

Les embolies gazeuses

Elles représentent également une urgence où l'OHB est un traitement de première intention, actuellement peu mis en Oeuvre par OHB en région PACA.

4.2.2.1.2 Prise en charge des pathologies chroniques

L'oxygénothérapie hyperbare doit s'inscrire dans la chaîne de soins pour les indications validées.
Ainsi, le médecin hyperbariste doit, dans la mesure du possible, participer aux réunions de concertation pluri disciplinaire notamment :

- en relation avec l'endocrinologue et le chirurgien vasculaire pour les lésions ischémiques (pieds, orteils) persistant après revascularisation optimale ou sans possibilité de revascularisation, chez les patients diabétiques ou non diabétiques, en ischémie critique chronique
- en relation avec l'infectiologue
- en relation avec l'équipe de prise en charge de certains cancers.

Des protocoles de prise en charge sont alors définis.

4.2.2.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Les consignes de sécurité applicables aux caissons hyperbares sont d'ordre législatif et réglementaire. Le titulaire de l'autorisation est responsable de leur application. Elles doivent faire l'objet de directives à l'usage du personnel amené à travailler dans le centre.

Tout centre hyperbare doit respecter le code européen de bonne pratique. Ce code décrit le minimum requis concernant le personnel médical et para médical, l'équipement, et les procédures à suivre. Tout centre doit avoir un guide des procédures et de sécurité.

La formation des personnels infirmiers, opérateurs, et techniciens des centres fait également l'objet de recommandations de la société européenne de médecine hyperbare.

[11] Société Européenne de Médecine Hyperbare

Les recommandations de bonne pratique indiquent la nécessité notamment :

- d'assurer une consultation d'évaluation initiale préalable indispensable avant toute séance,
- d'effectuer, avant tout traitement OHB, la mesure transcutanée de la pression partielle en oxygène (PtcO2) permettant de sélectionner des patients dans certaines pathologies qui tireront bénéfice d'un traitement hyperbare.
- de développer la concertation pluridisciplinaire avec les autres médecins du malade permettant de mettre en place un plan de soin dans lequel s'insère l'OHB.

4.2.2.3 Améliorer l'efficience

Les implantations de caisson hyperbare doivent permettre d'apporter une réponse appropriée aux besoins de la population autour de plateaux techniques regroupés.
Le maillage territorial vise à assurer l'accessibilité aux caissons en cas d'urgence vitale.

4.2.2.4 Améliorer la connaissance

Des études complémentaires restent souhaitables pour contribuer à valider les indications de certaines prises en charge et faire, le cas échéant, évoluer le périmètre de prise en charge.

4.2.3 Implantations

4.2.3.1 Critères d'implantation

Les caissons doivent être préférentiellement implantés dans des établissements de soins disposant d'un service d'accueil des urgences et d'un service de réanimation. L'existence d'une chambre réservée aux urgences est également un critère important.

L'agglomération Marseillaise compte actuellement trois caissons. Du fait d'une offre importante en région PACA, la nécessité de maintenir de tous les caissons marseillais ne participant pas à la prise en charge des urgences est inutile. D'autre part, le respect des indications validées par la HAS incite au regroupement des centres ; en effet les caissons réalisent un nombre significatif de séances pour des indications n'ayant pas, selon le rapport de la HAS de 2007, un service attendu suffisant. Compte tenu de ces éléments, le regroupement des centres ne participant pas à la prise en charge en urgence sur un seul site est justifié.

Enfin compte tenu de la répartition territoriale des caissons hyperbares en région PACA aucune nouvelle implantation n'est justifiée.

4.2.3.2 Objectifs quantifiés en termes d'implantations et d'équipements en région PACA

A noter : Certains caissons peuvent disposer de plusieurs chambres reliées ou non par un sas. Quelle que soit le nombre de chambres, un caisson correspond à une autorisation.

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE DE CAISSONS
ALPES MARITIMES	**NICE**	**1**	**1**
BOUCHES DU RHONE	**MARSEILLE**	**2**	**2**
VAR	**TOULON**	**1**	**1**
VAUCLUSE	**AVIGNON**	**1**	**1**

Ces objectifs tiennent compte du caisson installé à l'hôpital d'instruction des armées Ste Anne à Toulon.

4.2.4 Tableau de bord de suivi de l'activité

Ces indicateurs sont à fournir annuellement et lors des dépôts de demandes de renouvellement d'autorisation sur les trois dernières années.

- nombre total de patients traités, dont:
  - patients hospitalisés dans l'établissement d'implantation du caisson ;
  - patients hospitalisés dans un autre établissement ;
  - patients non hospitalisés.

- nombre de séances réalisées :
  - en hospitalisation ;
  - en ambulatoire.

- ventilation des séances selon CCAM en cours ;

- ventilation des patients et des séances selon code CIM 10 regroupés suivant le modèle de l'APHM ;

- nombre de patients et séances en urgence et ventilation par pathologies ;

- ventilation des codes postaux de domicile des patients.

CHIRURGIE

4.3 Chirurgie

4.3.1 Rappels de l'existant et du contexte

La comparaison entre les objectifs du SROS 3 et les implantations constatées au 30.06.2011 est retracée dans le tableau ci-après. Les recompositions ont été nombreuses pendant la période 2006 – 2010, faisant passer les sites autorisés de 111 à 96.

4.3.1.1 Bilan des implantations

Territoire de santé	Localité	Nombre de centres prévus au SROS 3	Implantations au 30.06.2011
Alpes Sud	Manosque	1	2 (a)
	Digne	1	1
Alpes Nord	Gap	2	2
	Sisteron	1	0 (b)
	Briançon	1	1
Alpes-Maritimes Est	Menton	1	1
	Nice	11	11
	Antibes	1	1
	saint Laurent du Var	2	1 (c)
	Cagnes sur Mer	1	1
Alpes-Maritimes Ouest	Mougins	1	1
	Cannes	4	3
	Grasse	2	2
Var Est	Draguignan	2	2
	Fréjus	2	2
	Saint-Raphaël	1	1
	Gassin	1	1
Var Ouest	Toulon	6	6
	La Valette	1	0 (c)
	Hyères	3	3
	Ollioules	2	2
	La Seyne	2	2
	Brignoles	1	1

Territoire de santé	Localité	Nombre de centres prévus au SROS 3	Implantations au 30.06.2011
Bouches-du-Rhône Sud	Istres	1	1
	Martigues	2	2
	Marignane	1	1
	Marseille	19	20 (a)
	Aubagne	2	2
	La Ciotat	1	2 (a)
Bouches-du-Rhône Nord	Salon	2	2
	Vitrolles	1	1
	Aix en Provence	3	4 (a)
	Puyricard	1	1
Vaucluse- Camargue	Avignon	5	5
	Carpentras	1	1
	Orange	2	3
	Cavaillon	1	2
	Apt	1	1
	Arles	2	2
TOTAL	**PACA**	**96**	**97**

(a) regroupement prévu non encore réalisé
(b) Activité de Sisteron regroupée sur Gap fin 2009
(c) Fermeture d'une clinique,

Les suppressions de sites sur la période du SROS 3 sont essentiellement le fait de fusions, acquisitions et regroupements d'établissements. Elles modifient peu la part du privé qui est prépondérante sauf dans les territoires alpins, ni la répartition territoriale des capacités, qui demeure très concentrée dans les Bouches du Rhône (BDR Sud) et dans les Alpes Maritimes (AM Est).

4.3.1.2 Production de séjours par les établissements

Le nombre de séjours chirurgicaux a augmenté d'un peu plus de 1% entre 2009 et 2010, mais il y a un déclin de l'hospitalisation complète (-2,7%) au profit de la chirurgie ambulatoire (+ 5,9%). Sur 3 ans, entre 2007 et 2010, l'activité a augmenté de 2,04%, soit environ 0,68% par an. Cette augmentation est légèrement supérieure à celle de la population, qui est de 1,76 % sur la même période, soit 0,44% par an.

Séjours chirurgicaux produits par territoires de santé (départements

Année	2007	2008	Evolution	2009	Evolution	2010	Evolution	Evolution
Département	**Total**	**Total**	**2007/2008**	**Total**	**2008/2009**	**Total**	**2009/2010**	**2007/2010**
TOTAL 04	7198	7271	1,01	7211	0,99	7934	1,10	1,1023
TOTAL 05	11780	12004	1,02	12116	1,01	11615	0,96	0,9860
TOTAL 06	107779	109577	1,02	110778	1,01	111746	1,01	1,0368
TOTAL 13	197293	199553	1,01	199342	1,00	202185	1,01	1,0248
TOTAL 83	72520	72101	0,99	71562	0,99	71327	1,00	0,9835
TOTAL 84	43772	43474	0,99	43430	1,00	44513	1,02	1,0169
Total	**440342**	**443980**	**1,01**	**444439**	**1,00**	**449320**	**1,01**	**1,0204**

Source : bases PMSI après retraitement ATIH - établissements de PACA, hors hôpitaux militaires
Les séjours sont définis selon la 3ème lettre du GHM (C, K, M et Z)
Exclusions des CMD 14, 15, 28 et 90 (Obstétrique, Nouveaux-nés, séances et erreurs)
La CM 24 est conservée (années 2007 à 2009)

Part de chirurgie ambulatoire dans la production des établissements

La part de production d'activité des établissements de Paca en chirurgie ambulatoire atteignait 39,8% dès 2009, contre 36,2% en moyenne nationale. Ce taux est passé à 41,1 % fin 2010 en Paca. L'évolution annuelle moyenne sur 3 années entre 2007 et 2010 est de +1,2 % par an.

La part de production en chirurgie ambulatoire diffère entre les catégories d'établissements : publics (24 % pour les CH et 17,2 % pour les CHU en 2010), privés à but non lucratif (35,7 %) et privés commerciaux (48,3%). La part de production en ambulatoire des établissements publics augmente plus rapidement depuis 2008.

De même, on note des différences entre territoires de santé :

Taux de chirurgie ambulatoire par territoire

Taux de chirurgie ambulatoire (production établissements)	2007	2008	2009
Alpes de Haute Provence	**41,10%**	**42,20%**	**48,30%**
Hautes Alpes	**28,60%**	**28,40%**	**31,10%**
Alpes Maritimes	**39,40%**	**40,40%**	**42,20%**
Bouches du Rhône	**37,20%**	**37,40%**	**39,10%**
Var	**40,50%**	**41,50%**	**42,90%**
Vaucluse	**31,50%**	**31,70%**	**33,00%**
Région Paca	**37,50%**	**38,10%**	**39,80%**
France	**32,3%**	**33,6%**	**36,2%**

Les catégories d'interventions réalisées en ambulatoire

Sur les 17 gestes faisant l'objet de mise sous accord préalable, la région Paca a globalement un taux de 78,6 % en 2009, supérieur au taux national de 4,3 points. L'activité des établissements de santé de Paca est inférieure aux taux nationaux pour les tumorectomies du sein (19,6% versus 26,7) et la cœlioscopie gynécologique (11,7% versus 16,3) mais supérieure dans les autres domaines.

En 2010, le développement de la chirurgie ambulatoire s'est poursuivi sur ces 17 gestes et a progressé de 2,8 %, pour atteindre 81,4%. Ce champ représente actuellement environ 80 % du total de la chirurgie ambulatoire.

Le caractère substitutif de la chirurgie ambulatoire peut être affirmé sur l'évolution comparée des volumes respectifs de chirurgie totale, de chirurgie en ambulatoire et en hospitalisation complète :

	HC	Ambu	Total
2008	272967	171013	443980
2009	267250	177189	444439
2010	264818	184502	449320

Source : bases PMSI après retraitement ATIH - établissements de PACA, hors hôpitaux militaires

En complément des données purement quantitatives, une enquête sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire a été diligentée par l'ARS auprès des établissements publics et privés au premier trimestre 2011. Cette enquête, adressée à 88 établissements, a enregistré un haut niveau de réponses : 83% d'établissements répondants. Les résultats ont été adressés à l'ensemble des établissements sollicités le 29.06.2011.

Elle a montré un degré de structuration de la chirurgie ambulatoire satisfaisant dans la plupart des établissements avec un nombre important de procédures, d'indicateurs de qualité et de documents de communication avec les patients, ainsi que des initiatives originales qui pourraient être étendues : appel de la veille, entretien infirmier lors de la prise de rendez-vous, remise d'un livret « douleur » notamment.

Des progrès sont estimés possibles sur plusieurs plans :

- maîtrise de la douleur : plus d'un tiers des établissements n'ont pas de protocole douleur spécifique à la chirurgie ambulatoire.
- maîtrise de la communication auprès des patients : la remise ou l'envoi de documents n'est pas garant d'une bonne compréhension, et beaucoup de documents sont cités, dans lesquels les patients peuvent peiner à dégager l'essentiel.
- communication avec les professionnels libéraux : elle reste très traditionnelle : courrier (pas toujours adressé rapidement) et téléphonique. Les nouvelles technologies ont encore peu de place.

4.3.1.3 Taux de recours aux soins de chirurgie de la population résidente

Le taux de recours de la population résidente est supérieur au recours médian national : Le recours est, après standardisation sur âge et sexe, excédentaire de 9 % environ en 2009. Les taux de recours sont particulièrement élevés pour :

- Chirurgie de la bouche et des dents : + 40% (30 513 séjours en 2009)
- Chirurgie urologique : + 30% (20 480 séjours)
- Chirurgie du rachis, neurochirurgie : + 20% (12 924 séjours)
- Chirurgie pulmonaire et thoracique : + 20% (4555 séjours)
- Parage de plaies, greffes de peau, de tissus sous cutané : + 20% (19 114 séjours)

On observe que les taux de recours à la chirurgie, après standardisation sur âge et sexe, varient selon le territoire de santé. Ils sont inférieurs à la moyenne régionale dans les Alpes de Haute Provence et le Vaucluse, supérieurs dans le Var et les Bouches du Rhône ce qui pourrait être un témoin de la densité de l'offre de soins.

Les taux de recours à la chirurgie varient fortement en fonction de l'âge. Les taux de recours en Paca sont inférieurs au taux de recours national pour les âges inférieurs ou égaux à trois ans et supérieurs pour les autres classes d'âge, surtout à partir de 18 ans et plus encore chez les plus de 75 ans.

	Séjours chirurgicaux (classification ATIH)			Séjours avec acte chirurgical (GHM en "C") 2009		
	2007	2008	2009	Hospitalisation complète	Chirurgie ambulatoire	Chirurgie total
TS Alpes-de-Haute-Provence	80,6	82,8	81,2	50,6	28,3	78,9
TS Hautes-Alpes	84	86,4	87,9	58,6	27,4	86,0
TS Alpes-Maritimes	81	83,7	85,2	48,1	36,4	84,5
TS Bouches-du-Rhône	86	86,2	87,3	50,5	35,7	86,2
TS Var	85,9	86,7	89,4	53,8	33,8	87,6
TS Vaucluse	81,5	82	81,8	53,2	27,2	80,4
Régional	84,1	85,2	86,5	51,2	34,1	85,3
National	78	78,5	79,6	N.D	N.D.	N.D.

Taux de recours aux soins de chirurgie, en séjours pour 1000 hab. standardisés sur âge et sexe.

Attractivité et fuites

En ambulatoire comme en hospitalisation complète, en 2009, la région a davantage d'attractivité que de fuites :

- taux de fuite régional : 3,3 %
- taux d'attractivité régional : 4,8 %

L'impact des flux inter régionaux est globalement de +1,6%.

Les Bouches du Rhône et les Alpes Maritimes ont un solde global positif, tandis que les autres départements subissent des fuites plus ou moins importantes. Ces fuites sont à leur maximum dans les Alpes de Haute Provence où 55% des recours chirurgicaux sont réalisés hors du département (dont 34 % de fuites sur des séjours de chirurgie « légers » constatées sur le PMSI 2008).

4.3.1.4 Professionnels de santé concernés

Pour le secteur libéral, on comptait, au 1er janvier 2008, au moins 10 % des effectifs nationaux dans chaque spécialité chirurgicale alors que la région ne représente que 8,3 % de la population française.

Concernant les professionnels en exercice salarié exclusif, le ratio est plus en accord avec le poids de la population de la région avec

- 737 chirurgiens pour 8 803 en France (8,4%),
- 63 spécialistes sur 825 en ophtalmologie (7,6%),
- 62 spécialistes sur 728 en ORL (8,5%).

Les professionnels de 55 ans et plus représentent en 2009[12] : 40% des chirurgiens viscéraux et orthopédistes, 40 % des ORL, 45 % des ophtalmologistes, 38 % des neurochirurgiens, 28 % des urologues.
Une analyse de la répartition des chirurgiens libéraux par secteur conventionnel montre que 77% exercent en secteur 2, proportion qui monte jusqu'à 92 % dans les Alpes Maritimes, ce qui peut créer des difficultés d'accès aux soins pour des raisons économiques, le dépassement moyen étant élevé (80 % du tarif conventionnel dans les Alpes Maritimes[13]).

[12] Source base Eco Santé 2011(exploitation SNIR 2009)
[13] CNAMTS, point info presse du 17 Mai 2011

4.3.2 Evolutions prévisibles

4.3.2.1 La démographie des professionnels

Chirurgiens : pour la période 2010 – 2014, l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) a prévu d'ouvrir 260 postes d'internes en chirurgie, ce qui permettrait le renouvellement de 36% des chirurgiens de 55 ans et plus à l'horizon 2014. Les statistiques du Conseil National de l'Ordre des médecins conduisent par ailleurs à estimer que les installations sont en Paca supérieures de 22 % aux effectifs formés. Cela permettrait théoriquement le renouvellement de 44 % des chirurgiens de 55 ans et plus,

Pour le futur, en dépit des paramètres connus, la prévision d'évolution des effectifs demeure très incertaine. Des départs massifs en retraite sont attendus d'ici cinq à dix ans, laissant supposer une diminution des effectifs dans tous les cas et malgré les apports de chirurgiens formés dans d'autres régions.

Infirmiers de bloc opératoire : cette profession connaît dès à présent une pénurie d'effectifs.

4.3.2.2 Les structures

Coopérations entre établissements

Les bénéfices attendus sont à la fois qualitatifs, notamment par la mutualisation d'équipes, et économiques par la mutualisation de fonctions support. Les coopérations territoriales devraient améliorer la situation des sites de proximité dont les équipes pourraient être épaulées par les professionnels de sites plus importants et maintenir leur technicité en accédant, dans les établissements de recours et de référence, à la réalisation de gestes de technicité supérieure.

4.3.2.3 Les pratiques

Contexte réglementaire :

Des réflexions sont en cours pour rénover le cadre réglementaire de la chirurgie (conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement). Les objectifs poursuivis seraient de :

- mieux définir le champ de la médecine et de la chirurgie en actant l'existence d'un troisième secteur de médecine interventionnelle (dite encore faiblement invasive) ;
- contribuer au développement de la chirurgie ambulatoire en rénovant les normes techniques et en liant l'autorisation de chirurgie à l'exercice de la chirurgie ambulatoire, sauf exceptions : centre ambulatoire exclusif, chirurgie hautement spécialisée ;
- garantir la permanence, la qualité et la sécurité des soins et contribuer à la restructuration des sites de chirurgie en prenant en compte l'évolution de la démographie professionnelle et la prise en charge du patient au niveau le plus adapté (gradation des soins) ;
- organiser la réponse aux urgences dans le cadre du réseau des urgences ;
- améliorer la lisibilité des activités et la prise en charge des patients. Notamment, les établissements seraient expressément autorisés à prendre en charge des enfants de moins de un an ou de plus d'un an.

Dans ce contexte, les établissements ayant les niveaux d'activité les plus faibles ne doivent pas attendre pour engager une réflexion sur l'évolution de leurs activités chirurgicales, notamment dans le cadre de projets de coopérations territoriales, élément majeur de confortement de l'activité, de maintien des compétences et de renforcement de l'attractivité.

Poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire

A moyen terme, la chirurgie ambulatoire sera prépondérante et l'hospitalisation complète sera réservée à des actes lourds, à de la chirurgie d'urgence, à des patients fragiles ou ne pouvant relever de l'ambulatoire en raison de facteurs sociaux. C'est le « changement de paradigme » auquel les acteurs de soins sont désormais appelés.

Sur la base de l'expérience des pays les plus avancés, il est estimé que 90 % environ des patients chirurgicaux sont potentiellement éligibles à la chirurgie ambulatoire. D'autre part, 80 % des actes pourraient être pratiqués en ambulatoire, hors chirurgie lourde et chirurgie d'urgence.

Ce développement aura des conséquences sur l'organisation des services et conduira à revoir à la baisse le nombre de lits d'hospitalisation nécessaires.

Disparition progressive de la chirurgie « générale » au profit de spécialités

L'évolution de la formation des internes de chirurgie conduit à la disparition programmée des chirurgiens généralistes ou polyvalents, au profit de filières spécialisées. De fait, les sites mettant en œuvre la permanence de soins (PDS) en chirurgie, ne peuvent fonctionner qu'avec au moins deux lignes d'astreintes, de chirurgie orthopédique et traumatologique d'une part, de chirurgie viscérale d'autre part. Un minimum de trois chirurgiens par ligne d'astreinte est recommandé pour travailler dans de bonnes conditions. Or, tous les sites de proximité ne peuvent aujourd'hui aligner ces effectifs.

La poursuite du développement de la chirurgie mini-invasive (laparoscopie, cœlioscopie) ainsi que le développement des techniques interventionnelles par voie artérielle ou veineuse transcutanée, contribuent au raccourcissement des durées de séjour et à la réduction de la morbidité opératoire tout en accentuant une hyper spécialisation des professionnels

Il en va de même de la chirurgie robotisée, enjeu économique, de qualité des soins et d'hyper spécialisation.

Evolutions des modalités de soins

Elles se traduisent par la diminution du recours à certains actes chirurgicaux, le transfert d'actes chirurgicaux en actes médicaux, la croissance d'autres catégories d'actes. On peut par exemple citer la chirurgie de l'obésité, où la chirurgie des anneaux gastriques est en déclin au profit de nouvelles techniques, et le développement de techniques curatives médicales par endoscopie digestive.

Une moindre croissance des actes de chirurgie est attendue globalement en raison de plusieurs facteurs, allant des progrès réalisés en matière de prévention ou de dépistage plus précoce, à une attitude plus économe en matière de gestes chirurgicaux.

A l'inverse, avec le vieillissement global de la population et la croissance de l'espérance de vie, on peut s'attendre à une croissance de la chirurgie de confort, notamment orthopédique, mais aussi de cures de déficiences liées à l'âge (ophtalmologie ++) et de la chirurgie plastique.

4.3.3 Objectifs généraux et opérationnels

4.3.3.1 Développer la chirurgie ambulatoire

Il convient d'amplifier le développement de la chirurgie ambulatoire, autant pour des raisons d'efficience que de qualité des soins. Par l'organisation qu'elle nécessite, la chirurgie ambulatoire est très sécurisée et son développement contribue aussi à la réduction des infections nosocomiales. Elle est par ailleurs plébiscitée par les patients.

4.3.3.1.1 Principes d'implantation et d'organisation

Les articles R. 6124-4 et D. 6124-301 à R. 6124-305 du CSP définissent les conditions applicables aux locaux, à l'organisation et au fonctionnement des « structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ». Ces textes, datant pour l'essentiel de 1992, ont vocation à être mis à jour et dès à présent il convient d'insister sur certains points.

- Il est indispensable que tous les services et établissements pratiquant la chirurgie disposent d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA), hormis le cas où le service ou établissement ne pratiquerait que de la chirurgie lourde ne se prêtant pas à une réalisation en ambulatoire. Les hospitalisations sans nuitée dans un service de chirurgie organisé pour des hospitalisations complètes, qualifiées de chirurgie ambulatoire foraine, sont à proscrire car elles n'apportent pas au patient la sécurité d'une organisation adaptée à ce type de parcours.
- Il est souhaitable, dès que l'activité de l'établissement le permet, d'organiser une unité spécifiquement dédiée à la chirurgie ambulatoire, indépendamment des activités d'endoscopie et autres actes de médecine interventionnelle. L'UCA a vocation à remplacer l'ACA. En cas de maintien d'une unité d'anesthésie et chirurgie ambulatoire (ACA), la chirurgie ambulatoire doit faire l'objet malgré tout d'une organisation spécifique (circuit patient, maîtrise de la douleur, consignes, etc.).
- Il est important que l'UCA soit placée sous la responsabilité d'un coordinateur médical ou cadre de soins identifié et reconnu dans cette fonction.
- La réussite de la chirurgie ambulatoire repose sur la maîtrise de l'organisation, à toutes les étapes du processus (cf. ci-après). La qualité de l'organisation doit devenir le principal moteur du développement de la chirurgie ambulatoire.

En ce qui concerne la création de centres exclusifs de chirurgie ambulatoire, il convient de distinguer plusieurs situations :

- des centres ambulatoires intégrés en établissement de santé, aboutissement logique du processus organisationnel de la chirurgie ambulatoire de la part de centres ayant déjà une activité importante, évolution qui n'appelle pas de réserves ;
- des centres ambulatoires exclusifs autonomes (extra hospitaliers). Des créations peuvent être envisagées sous réserve que :
  - ces centres développent une activité suffisante (masse critique) ;
  - il s'agisse de conversions n'induisant pas une offre territoriale supplémentaire ;
  - ils organisent des modalités de repli vers l'hospitalisation complète réellement opérationnelles ;
- le maintien d'interventions ambulatoires au niveau de sites dont l'activité n'est plus suffisante pour maintenir une organisation d'hospitalisation complète : ce type de solution ne sera pas encouragé. L'ambulatoire, qui réclame une organisation parfaite, n'est pas adapté, en règle générale, à la réalité d'une activité faible hors urgences.

4.3.3.1.2 La sécurisation du processus

La sécurisation du processus donne confiance aux équipes et permet d'étendre le champ des gestes éligibles à la chirurgie ambulatoire.

Le processus organisationnel est centré sur le patient, modélisé en fonction du « chemin clinique » du patient, depuis sa prise de rendez-vous jusqu'à son retour à domicile en post opératoire.

Il est important que les phases clés du processus soient formalisées par des procédures de travail, conformément aux principes de toute démarche qualité.

Quelques facteurs apparaissent particulièrement importants :

- l'information du patient, à la fois en préopératoire et pour le postopératoire ;
- l'information des partenaires de ville ;
- les critères classiques d'éligibilité des : score ASA et critères sociaux ;
- la maîtrise de la douleur postopératoire, autre point important qui justifie l'élaboration de protocoles propres à l'unité de chirurgie ambulatoire et adaptés aux différents types d'interventions qui y sont pratiqués ;
- l'évaluation de l'activité de la structure de chirurgie ambulatoire dans une optique d'amélioration continue.

Un cahier des charges sera élaboré avec les fédérations hospitalières pour l'analyse des demandes d'autorisation d'unité de chirurgie ambulatoire.

4.3.3.1.3 Objectif pour la région à l'échéance du SROS

Compte tenu du niveau de développement atteint dans certains pays comparables à la France sur le plan sanitaire, l'ARS souhaite se donner l'objectif d'un taux de chirurgie ambulatoire de 75% à horizon 2020.
Dans l'immédiat, le SROS fixe un objectif cible, pour l'ambulatoire, de 50 % de l'activité chirurgicale totale au moins dans chaque territoire de santé à fin 2016.

La chirurgie ambulatoire étant substitutive à l'hospitalisation complète, cet objectif sera exprimé en pourcentage de l'activité totale. L'ambulatoire pourra dès lors être considéré comme la modalité principale de l'activité chirurgicale.

L'atteinte de cet objectif global suppose une progression plus importante des établissements qui ont aujourd'hui les taux de chirurgie ambulatoire les plus bas : CHU, CH et à un moindre degré ESPIC.

Des mesures d'accompagnement seront mises en place par l'ARS pour faciliter l'atteinte de cet objectif. Elles feront l'objet d'un plan d'action s'inscrivant dans le cadre des objectifs de performance et de gestion du risque.

4.3.3.2 Organiser une offre de soins graduée sur le territoire.

4.3.3.2.1 L'activité de proximité

Elle concerne les interventions en hospitalisation complète ou chirurgie ambulatoire qui ne nécessitent pas a priori de surveillance en réanimation post opératoire, non plus qu'un bloc opératoire pourvu d'installations de haute technicité ou de plateau technique offrant des examens complémentaires très spécialisés.

Ce niveau répond aux besoins de santé de proximité de la population desservie par l'établissement. Il s'intègre dans l'offre de santé de proximité (espaces de santé de proximité adjacents) en articulation avec l'offre d'amont : médecine ambulatoire, établissements médico-sociaux et d'aval : professionnels de santé et infirmiers libéraux, soins de suite et de réadaptation, HAD, services de soins à domicile.

Les établissements, à ce niveau, indépendamment de leur participation à l'accueil des urgences et à la permanence des soins en chirurgie (PDS ES), devront travailler en relation étroite avec des établissements de recours infrarégional (ou régional) dans le cadre des coopérations territoriales, vers lesquels notamment peuvent être transférés des patients en cas de complications.

Ils devront par ailleurs justifier d'un niveau d'activité permettant le maintien des compétences des opérateurs. Si tel n'est pas le cas, des mutualisations d'activité avec l'établissement de recours doivent intervenir et une réflexion conduisant à une adaptation structurelle de l'offre doit être engagée.

4.3.3.2.2 L'activité de recours infra régional

Ce niveau d'activité correspond à des interventions de type recours nécessitant la mise en œuvre d'un équipement spécifique et/ou une surveillance continue en post opératoire. Les établissements exerçant ces activités disposent d'un plateau technique adapté aux besoins de la spécialité chirurgicale concernée.

Ce niveau répond aux besoins de la population d'un ou plusieurs territoires de santé. Il s'intègre dans l'offre de santé des territoires concernés en développant des coopérations facilitant la fluidité des parcours de soins des patients

Les établissements exerçant ces activités devront, seuls ou en collaboration avec d'autres établissements :

- être opérationnels 24 heures sur 24 ;
- disposer en règle générale d'une réanimation et au minimum d'une unité de surveillance continue et d'une convention avec une unité disposant d'une réanimation ;
- justifier d'un niveau d'activité permettant le maintien des compétences des opérateurs dans les disciplines exercées ;
- disposer d'un temps médical de praticiens de la discipline permettant d'assurer la continuité des soins ;
- organiser les transports sanitaires nécessaires à la réception et à l'orientation adaptée des patients dans le parcours de soins.

L'organisation mise en place sur un ou plusieurs territoires de santé, reposant sur un ou plusieurs établissements, doit notamment permettre à minima l'accueil et le traitement des patients dans les spécialités suivantes :

- orthopédie ;
- chirurgie viscérale ;
- urologie ;
- gynécologie;
- stomatologie;
- ORL;
- ophtalmologie;
- chirurgie vasculaire ;
- chirurgie pédiatrique (enfants de plus de 1 an).

Certains établissements de recours infra régional pratiquent également les activités suivantes :

- la chirurgie du rachis ;
- la chirurgie pulmonaire et thoracique ;
- la chirurgie thyroïdienne et endocrinienne.

N.B. L'organisation de la chirurgie carcinologique relève du chapitre Cancer du SROS.

4.3.3.2.3 L'activité de recours régional

Elle repose sur des établissements ou groupes d'établissements de référence de niveau régional.

Les activités concernées peuvent être notamment :

- les transplantations d'organes ;
- la neurochirurgie ;
- la chirurgie cardiaque ;
- la chirurgie de réimplantation et des grands brûlés ;
- la chirurgie néo-natale et pédiatrique de référence.

Les établissements exerçant ces activités devront :

- répondre aux besoins de la population régionale et interrégionale ;
- s'intégrer dans l'offre de santé des territoires concernés en développant des coopérations facilitant la fluidité des parcours de soins des patients ;
- organiser les transports sanitaires nécessaires à la réception et à l'orientation adaptée des patients dans le parcours de soins.

4.3.3.3 Assurer la réponse aux urgences

4.3.3.3.1 En dehors des heures de permanence des soins

Tout établissement autorisé à l'accueil des urgences doit pouvoir accéder en heures de fonctionnement normal aux éléments du plateau technique et aux compétences médicales de l'établissement, et ceci dans un délai compatible avec l'état clinique du patient.

C'est notamment le cas des différentes disciplines et spécialités chirurgicales.

Lorsque le recours au spécialiste est impossible dans l'établissement, la compétence requise y étant absente, il convient que les modalités d'accès à ces compétences ne soient pas retardées ou dégradées. C'est dans l'environnement d'abord, en fonction du niveau technique et du plateau technique requis que la réponse doit être recherchée. La formalisation de conventions en ce sens est souhaitable afin de garantir le respect d'engagements contractuels sur les délais de réponses et la continuité de la prise en charge. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR), qui identifie les compétences techniques et les modalités d'accès à ces compétences, est un complément indispensable.

4.3.3.3.2 Pendant les heures de permanence

En dehors des heures de fonctionnement habituel, la prise en charge chirurgicale d'urgence mobilise la permanence des soins en établissement de santé (PDS ES), qui fait l'objet d'un volet spécifique du SROS. Cette dernière identifie et organise les réponses territoriales aux besoins spécialisés.

L'exercice de cette « mission de service public » entraîne l'obligation d'en garantir l'accessibilité financière.

Les engagements de cette mission imposent une obligation de permanence dont les modalités (astreinte ou garde) garantissent, pour chaque spécialité chirurgicale, des délais d'accès compatibles avec le degré d'urgence du recours et le volume prévisionnel d'activité. Connus de l'ensemble des SAMU et des Structures de prises en charge des urgences par l'intermédiaire du ROR, ces services en fonctionnement permanents apportent, en lien avec le plateau technique et les compétences médicales nécessaires à l'activité, la garantie d'une réponse adaptée pour toutes les spécialités chirurgicales et sur l'ensemble de la région.

Le volet consacré à la PDS ES détermine, pour chaque spécialité chirurgicale, en tenant compte des impératifs de gradation et d'accessibilité, les sites d'implantation nécessaires à une couverture optimale du besoin. Cette répartition s'appuie sur des critères objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'activité réalisée en urgence pendant les horaires de permanence des soins. Elle sera néanmoins actualisée chaque année afin de prendre en compte les évolutions de la démographie médicale, des techniques chirurgicales ainsi que des besoins de la population.

La gradation des réponses nécessite une utilisation rationnelle des vecteurs entre les sites demandeurs et les sites destinataires afin de maintenir le respect, à la fois des délais nécessaires et de la bonne utilisation des vecteurs engagés.

4.3.3.4 Améliorer la qualité, la sécurité des soins et l'efficience

4.3.3.4.1 Garantir la qualité et la sécurité des soins

Le regroupement des hommes et des matériels sur des plateaux techniques ouverts toute l'année jour et nuit sans discontinuité des soins chirurgicaux est souhaitable, pour d'évidentes raisons de sécurité des patients mais aussi d'optimisation de l'utilisation des ressources humaines (au déclin annoncé du nombre de chirurgiens s'ajoute la pénurie déjà avérée en IBODE). C'est pourquoi il y aura une préférence au regroupement des sites chirurgicaux lorsqu'il est une solution possible aux difficultés d'un site.

L'autorisation des sites de chirurgie sera conditionnée à trois conditions considérées comme indispensables à des soins de qualité :

1. le bloc opératoire, la salle de réveil et la stérilisation respectent les normes en vigueur
2. les personnels médicaux (chirurgiens, anesthésistes) et paramédicaux (IBODE et IADE) sont qualifiés et en nombre suffisant.
3. la continuité des soins est assurée 24h sur 24

4.3.3.4.2 Promouvoir les revues de morbidité – mortalité

Depuis 2009, la HAS a publié sur son site un ensemble de documents pour promouvoir les revues de morbidité – mortalité.

Elles s'inscrivent dans le cursus du développement professionnel continu, dans la certification des établissements de santé et le système de gestion des risques d'un établissement de santé et constitue une réponse à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles prévue par la certification.

4.3.3.4.3 Maîtriser le risque infectieux

Les établissements de santé doivent établir et mettre en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à leurs activités et en cohérence avec les objectifs nationaux. Les Clin et le Cclin-sud est interviennent en support de cette maîtrise.

4.3.3.4.4 Garantir l'évaluation, le traitement adapté de la douleur et sa traçabilité dans les services de soins et à la sortie du patient

Cet objectif s'applique tout particulièrement à la chirurgie, du fait de son caractère traumatique.

La prise en charge de la douleur doit être protocolisée en fonction d'une évaluation précise, conformément aux stipulations du manuel de certification V 2010.

Il est souligné l'intérêt de tels protocoles en chirurgie ambulatoire, pour assurer la maîtrise de la douleur après le retour du patient à son domicile.

4.3.3.4.5 Optimiser le fonctionnement des secteurs opératoires

Efficience et performance

Les blocs opératoires sont un enjeu majeur de l'efficience des établissements de santé et font l'objet de démarches pour en améliorer la performance.

De nombreux travaux ont montré que des améliorations sont possibles concernant les modalités de fonctionnement des blocs opératoires. Si le taux de patients programmés peut dépendre du volume d'urgences, la variabilité importante des ressources humaines mobilisées indique une amélioration possible dans certains établissements.

Les recommandations détaillées concernant l'organisation, la coordination et le management du bloc opératoire sont maintenant accessibles via l'ANAP (http://www.anap.fr). Les établissements doivent s'appuyer sur les résultats de ces travaux pour améliorer la performance en matière d'organisation des blocs opératoires.

Par ailleurs, l'organisation du bloc opératoire est une Pratique Exigible Prioritaire (PEP) dans la certification HAS V2010.

Sécurité au bloc opératoire

Dans le but d'améliorer la sécurité au bloc opératoire, la Haute Autorité de santé a adopté une check-list pour la sécurité des soins dans le cadre de la certification V2010 dès janvier 2010. L'objectif de la check list est de renforcer les pratiques de sécurité et de stimuler la communication et le travail d'équipe entre les disciplines cliniques. Son contenu porte sur différents temps de l'intervention.

Depuis janvier 2010, la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est exigée à travers la procédure de certification des établissements de santé.

4.3.3.4.6 Organiser les coordinations d'amont et d'aval

Ces coordinations sont formalisées par des conventions avec les autres établissements de santé, les structures d'HAD, les établissements de soins de suite et de réadaptation, les établissements et services du secteur médico-social. Les modalités de ces organisations font l'objet de stipulations dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

4.3.3.5 Objectifs spécifiques à certaines activités

4.3.3.5.1 La chirurgie carcinologique

Les textes règlementaires parus en 2007 et 2008 ont notamment défini 6 spécialités chirurgicales soumises à un seuil minimum d'activité : sein, digestif, urologie, cancers thoraciques, ORL, cancers gynécologiques.

Le chapitre cancérologie du SROS PRS décrit les évolutions et les prévisions pour la durée du schéma.

4.3.3.5.2 La chirurgie pédiatrique

La chirurgie pédiatrique est organisée selon un principe de gradation des soins, formalisée, contractualisée entre ses membres et connue des professionnels et du grand public.

Trois catégories d'établissements prennent en charge des enfants :

- les centres de chirurgie pédiatrique de proximité : ils peuvent prendre en charge les enfants à partir de 1 an en activité programmée et à partir de trois ans en activité programmée et non programmée. Entre un et trois ans, les possibilités de prise en charge sont adaptées aux compétences de chaque centre. Le périmètre d'activité de chaque centre sera défini précisément dans la convention qu'il passe obligatoirement avec un centre spécialisé ou référent régional ;

- les centres de chirurgie pédiatrique spécialisés : ils disposent d'une équipe de chirurgiens à activité exclusivement pédiatrique et de locaux de chirurgie pédiatrique individualisés. En pratique, il s'agira de quelques gros centres hospitaliers ou établissements privés ;
- les centres référents régionaux de chirurgie pédiatrique. Ce sont les services les plus spécialisés, disposant d'une équipe pluridisciplinaire, pratiquant la chirurgie néo-natale et les interventions lourdes et complexes.

Cette gradation suppose une contractualisation formalisée entre ces trois types de structure : un avis doit pouvoir être demandé à tout moment au centre spécialisé ou de référence concernant la prise en charge chirurgicale d'un enfant (appel téléphonique, télémédecine)

Les critères des centres de chirurgie pédiatrique ont été définis en l'attente d'une éventuelle parution des décrets définissants les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie. Ils précisent les moyens, l'organisation et les compétences à mettre en œuvre (voir Annexe n°1).

La formalisation de l'organisation fera l'objet d'un plan d'action spécifique dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, initié par l'agence régionale de santé.

4.3.4 Implantations

Le SROS 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.

Les implantations sont listées par commune au sein de chaque territoire de santé, assorties de recommandations concernant essentiellement les coopérations et regroupements souhaitables.

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Alpes de Haute Provence	Digne	1	1	
	Manosque	2	2	

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Hautes Alpes	Briançon	1	1	
	Gap	2	2	

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Alpes Maritimes	Antibes	1	1	
	Cannes	3	2	Regroupement de 2 implantations sur un même site
	Cagnes sur Mer	1	1	
	Grasse	2	2	
	Menton	1	1	
	Mougins	1	1	
	Nice	11	9	Regroupement de deux implantations
	Saint Laurent du Var	1	1	

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Bouches du Rhône	Aix en Provence	4	3	Regroupement de 2 implantations
	Arles	2	2	Maintien de 2 autorisations mais regroupement des deux établissements sur un site unique
	Aubagne	2	2	
	Istres	1	1	
	La Ciotat	2	1	Regroupement de 2 implantations sous un même statut juridique
	Marignane	1	1	
	Martigues	2	2	
	Marseille *	20	16	Regroupement de 2 implantations sur un site unique
	Puyricard	1	1	
	Salon de Provence	2	2	
	Vitrolles	1	1	

* Y compris hôpital d'instruction des armées

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Var	Brignoles	1	1	Conditionné par l'intégration dans une CHT
	Draguignan	2	2	
	Fréjus –St Raphael	3	3	
	Gassin	1	1	
	Hyères	3	3	
	La Seyne	2	1	Regroupement d'une implantation sur un site toulonnais
	Ollioules	2	2	
	Toulon *	6	5	Regroupement de 2 implantations sur un site unique

* Y compris hôpital d'instruction des armées

Territoire	Commune	Implantations		Observations
		2011	2016	
Vaucluse	Apt	1	0*	* L'autorisation actuelle est maintenue jusqu'à son terme sous réserve d'un fonctionnement garantissant la sécurité des patients
	Avignon	4	3	Regroupement de deux implantations sur un site unique
	Carpentras	1	2	1 implantation limitée à la pratique de la chirurgie gynécologique
	Cavaillon	2	1	Regroupement de 2 implantations sous un même statut juridique
	Orange	3	2	Regroupement de deux implantations sur un site unique
	Sorgues	1	1	

4.3.5 Tableau de bord de suivi de l'activité

Indicateurs de suivi partagés avec l'établissement

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement (sur les trois dernières années).

Objectif	Indicateurs	observations
Pilotage de l'activité (I.P.A.)	Nombre de séjours en hospitalisation complète (de plus d'une journée) Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire	PMSI
Développement de la chirurgie ambulatoire	- Taux global de chirurgie ambulatoire - Taux de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs CNAMTS, détaillé par gestes - Taux de chirurgie ambulatoire en unité de chirurgie ambulatoire (1) (L'obtention du taux de chirurgie ambulatoire pratiquée en UCA par le PMSI nécessite le renseignement de l'UM)	PMSI, GHM en C en troisième position, hors CMD 14 et 15, (durée 0 nuit) -Indicateur déclaratif établissement
Qualité, sécurité et efficience		
Bloc opératoire	Mise en place d'un projet d'amélioration de la performance du bloc opératoire Pourcentage de patients bénéficiant d'une mise en œuvre de la check-list	Indicateur déclaratif établissement Indicateur déclaratif établissement
mortalité - morbidité	Nombre annuel de revues de mortalité – morbidité (RMM) par service, pôle ou établissement Taux de ré-hospitalisation en chirurgie à 30 jours (1)	Indicateurs déclaratifs établissement
Maîtrise du risque Infectieux	ICALIN, ICATB, ICSH, SURVISO, Score agrégé	Indicateurs suivis nationalement
Maîtrise du risque anesthésique	Tenue du dossier d'anesthésie	Indicateur suivi nationalement
Prise en charge de la douleur	Traçabilité de l'évaluation de la douleur	Indicateur suivi nationalement
Coordinations d'amont et d'aval	Nombre de conventions d'amont Nombre de conventions d'aval	Indicateur déclaratif établissement
Organisation de la chirurgie pédiatrique	Plan d'actions pour développer le travail en réseau Conventions liant les établissements	Indicateurs déclaratifs établissement

(1) nécessite un relevé spécifique ou un remplissage exhaustif du PMSI

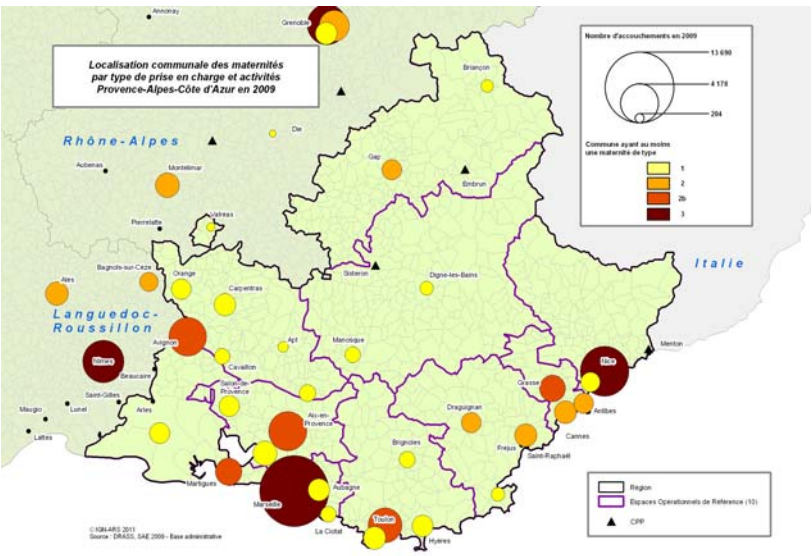
PERINATALITE

4.4 Périnatalité

4.4.1 Les éléments du contexte

4.4.1.1 Bilan de l'existant

L'offre en périnatalité



Une activité des maternités en augmentation mais une démographie médicale qui va poser des problèmes dans le fonctionnement des établissements

Activité des maternités14

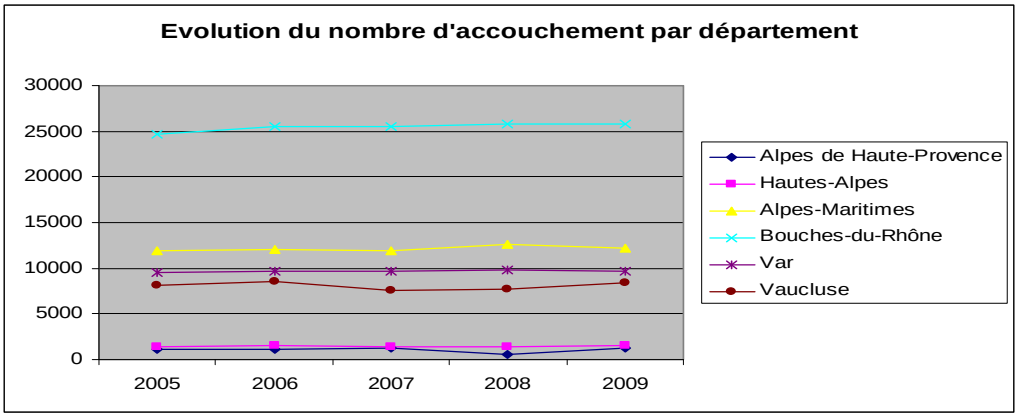
58 986 accouchements en 2009 (une augmentation de 3,5% d'accouchements en 5 ans).

42 maternités (30 publiques et 12 privées) dont l'activité en 2009 se répartit de la façon suivante :

Nombre d'accouchements annuels		< 300[15]	300-499	500 - 999	1000 - 1499	1500 – 2000	> 2000	TOTAL
Type 1	Public	2	3	8	5			18
	Privé		2		1	3		6
Type 2	Public				5			5
	Privé					1	3	4
Type 2b	Public			1		2	1	4
	Privé					1	1	2
Type 3	Public						3	3
	Privé							
Total	Public	2	3	9	10	2	4	30
	Privé		2		1	5	4	12
Total région		2	5	9	11	7	8	42

[14] Données SAE 2009

15 En 2010, on compte une seule maternité dont l'activité est inferieure au seuil d'activité réglementaire (la seconde étant en train de s'organiser en CPP).



[16]

Des naissances17 en augmentation mais un taux de prématurité qui progresse

En 2009, on dénombrait 61031 naissances[18] dont 58 169 uniques et 1944 multiples dans les établissements de santé. Cette proportion est stable depuis 2005.

1,7% des naissances ont été dénombrées pour des jeunes femmes de moins de 20 ans et 1,35% des naissances concernent des grands prématurés avant 33SA alors qu'elles ne représentaient, en 2005, que 0.9% des naissances.

Démographie médicale19

	gynécologues médicaux			gynécologues obstétriciens			pédiatres			sages femmes		
		dont ayant 55 ans ou plus	% de plus de 55 ans		dont ayant 55 ans ou plus	% de plus de 55 ans		dont ayant 55 ans ou plus	% de plus de 55 ans		dont ayant 55 ans ou plus	% de plus de 55 ans
Alpes de Hautes-Provence	4	1	25%	9	6	67%	8	4	50%	38	3	8%
Hautes-Alpes	2	2	100%	11	1	9%	13	5	38%	54	10	19%
Alpes-Maritimes	39	28	72%	125	58	46%	160	71	44%	279	73	26%
Bouches-du-Rhône	117	59	50%	219	100	46%	330	134	41%	673	167	25%
Var	26	15	58%	89	41	46%	108	48	44%	320	81	25%
Vaucluse	14	9	64%	60	30	50%	53	21	40%	210	35	17%
Paca	**202**	**114**	**56%**	**513**	**236**	**46%**	**672**	**283**	**42%**	**1574**	**369**	**23%**

En janvier 2009[20], la région Paca disposait d'une démographie médicale dans le domaine de la périnatalité globalement satisfaisante sauf certaines zones critiques notamment les départements des Alpes de Haute-Provence et des Hautes-Alpes.

[16] Données SAE de 2005 à 2009
[17] En établissements de santé
[18] Données PMSI 2009
[19] Données ADELI au 1er janvier 2010
[20] Données DRESS

Des indicateurs concernant la périnatalité proches de la moyenne française malgré une précarité importante, source de difficultés de suivi et d'inégalité d'accès aux soins

Un fort taux d'IVG avec une progression des IVG médicamenteuse en ville et une offre de soins essentiellement publique pour les IVG instrumentales.

4.4.1.2 Les évolutions prévisibles

4.4.1.2.1 La démographie des professionnels : une évolution à surveiller

La région Paca est relativement bien dotée en ce qui concerne la démographie médicale dans le domaine de la périnatalité sauf quelques zones déficitaires mais la situation pourrait rapidement apparaître critique sur un nombre important de territoires, notamment sur les départements les moins dotés en professionnels avec :

- une moyenne d'âge de plus de 55 ans (essentiellement pour les professions de gynécologues et pour les pédiatres, la population médicale des sages-femmes étant plus jeune) ;
- un taux de féminisation des professionnels supérieur à 50% ;
- et de manière plus générale une modification des modalités d'exercice (exercice à temps partiel et abandon progressif de l'exercice en établissement pour les pédiatres libéraux).

4.4.1.2.2 Les maternités en région Paca

La région Paca compte 42 maternités dont 30 publiques et 12 privées. Elle dispose de 24 maternités de type 1, 9 maternités de type 2a, 6 maternités de type 2b et 3 maternités de type 3.

En 2009, deux maternités ne dépassaient pas 300 accouchements et leur avenir est en cours d'organisation.

4.4.1.2.3 L'évolution des pratiques

Des difficultés dans la prise en charge d'amont et d'aval

L'implication des médecins généralistes, des pédiatres et des sages-femmes libérales et des services de PMI dans la prise en charge périnatale, dans le cadre des réseaux de périnatalité, est à renforcer.

De plus, du fait de la diminution importante des durées de séjour en maternité, des besoins importants d'accompagnement lors du retour à domicile sont exprimés tant par les professionnels que par les usagers.

Des conditions de sécurité à améliorer

La gestion anticipée des risques périnataux, y compris les hémorragies de la délivrance, est à améliorer, en relation avec les plateaux techniques de radiologie interventionnelle.

Une prise en compte de l'environnement psychologique de la mère et de l'enfant insuffisamment évaluée

Un dépistage précoce et un suivi des enfants vulnérables insuffisant et hétérogène

Il existe en PACA comme en France une tendance à la hausse des déficiences et handicaps d'origine périnatale. Le dépistage précoce et la prise en charge ne peuvent se faire que dans le cadre de réseaux organisés, et du développement de structures d'accueil adaptées.

4.4.2 Objectifs

4.4.2.1 Donner à toutes les femmes la possibilité de choisir le moment de la grossesse

Améliorer l'accès à la contraception

- Favoriser les conditions d'accessibilité financière aux dispositifs de contraception et de protection des MST, notamment auprès des populations précaires en particulier celles issues de l'immigration, et celles, des jeunes (améliorer l'information en établissement scolaire et l'accès aux centres de planification).
- Renforcer la formation des professionnels sur les techniques contraceptives et plus particulièrement des médecins généralistes sur toute la région (Diplôme inter universitaire). Développer l'expérience menée sur Marseille[21] par les étudiants en médecine auprès des établissements scolaires sur la contraception.

Garantir l'accès à l'IVG sur tout le territoire et ceci dans le respect des délais réglementaires.

- Garantir la réalisation des interruptions volontaires de grossesse en toute circonstance par les établissements publics de santé.
- Améliorer dans tous les territoires l'offre d'IVG médicamenteuses en ville en lien étroit avec l'hôpital sur tous les territoires de la région Paca.

4.4.2.2 Garantir l'accessibilité financière pour la femme, la mère ou l'enfant

Chaque établissement doit s'engager à garantir une équité sociale dans l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. Il doit notamment fournir une information précise sur ses tarifs hôteliers (et ne facturer les suppléments afférents que dans le cadre d'une demande exprimée par le patient ou son entourage) et décrire l'ensemble des mesures mises en œuvre pour garantir l'accessibilité financière dans son contrat d'objectifs et de moyens.

4.4.2.3 Améliorer l'accès et la qualité du suivi de la grossesse

- Porter une attention particulière à l'accompagnement social et médical des femmes enceintes confrontées à la précarité.

  Pour cela il est nécessaire d'intégrer les partenaires sociaux et associatifs dans les réseaux de périnatalité.

- Permettre à chaque femme enceinte de devenir actrice de sa grossesse en construisant un projet de suivi de grossesse et de naissance. Ceci doit être fait à l'occasion de la consultation de début de grossesse réalisée par un professionnel compétent et informé appartenant au réseau de soins périnatals (gynécologue-obstétricien, sage femme, médecin généraliste, PMI).

[21] Expérience du Pr. Bretelle

- Repérer les troubles relationnels pendant la grossesse entre les parents et l'enfant à venir est une priorité.
  - La grossesse doit être le moment de l'établissement d'une relation harmonieuse entre les parents et leur futur enfant. Le repérage et la prise en charge des risques psychosociaux par un soutien précoce à la parentalité permettent de prévenir la maltraitance, mais aussi la psychopathologie infantile et adolescente L'ensemble des maternités doit pouvoir bénéficier de la compétence d'un psychologue à même de dépister les difficultés maternelles pouvant être à l'origine d'un trouble du lien de parentalité. Ces psychologues doivent être en lien avec les équipes de psychiatrie infanto-juvéniles et adultes. Il faut sensibiliser au sein de chaque maternité l'ensemble du personnel.
  - L'entretien prénatal précoce (quatrième mois de grossesse) représente un moment privilégié pour dépister des troubles relationnels. Il est rappelé la nécessité d'effectuer cet entretien aux alentours de la 16ème semaine. Il doit impérativement être proposé à chaque femme par l'ensemble des intervenants (gynécologues, médecins généralistes, sage femmes). Cet entretien ne peut être efficace sans une réelle collaboration entre les intervenants et une transmission d'informations (en respectant les règles régissant le secret médical). Il est nécessaire de formaliser les collaborations entre sage femmes libérales, PMI, établissements de santé.

    Il est indispensable que les sages-femmes et les médecins qui souhaitent réaliser ces entretiens soient formés et connaissent les recommandations professionnelles, les dispositifs administratifs existants et puissent être en relation avec les réseaux de prise en charge spécifiques.

    L'implication des PMI, sur cette question, est capitale et doit continuer à se développer dans chacun des départements de la région.
  - Il conviendrait de développer des staffs de parentalité avec les professionnels des maternités, les équipes de psychiatrie (adultes et enfants) si nécessaire, les professionnels libéraux et les services de PMI, pour identifier de manière conjointe et concertée les femmes présentant des critères de vulnérabilité et nécessitant un suivi attentif.

- Garantir un suivi de grossesse conforme aux recommandations de bonnes pratiques avec un recours à l'expertise immédiat chaque fois que nécessaire (réseau périnatalité et télémédecine).
  Ceci impose une formation adaptée des professionnels qui assurent le suivi de la grossesse à toutes ses phases.

- Améliorer la prise en charge des addictions pendant la grossesse
  - **Le tabagisme**:

    La prévention du tabagisme doit constituer une politique forte concernant tous les intervenants de la périnatalité, compte tenu des enjeux de cette prévention aussi bien pour la santé des parents que des enfants si le sevrage tabagique est poursuivi au-delà de l'accouchement.

    L'accès aux consultations anti-tabac hospitalières doit être facilité et les démarches de lutte contre le tabac soutenues.

  - **L'alcool:**

    Un travail de formation des professionnels de la périnatalité doit être conduit, ainsi que l'engagement d'actions sur cette thématique.

  - **La toxicomanie :**

    Il convient de la repérer précocement et de l'accompagner avant, pendant et après la naissance, afin de réduire les complications au cours de la grossesse, et l'importance des syndromes de sevrage du nouveau-né à la naissance.

Les femmes enceintes recevant un traitement de substitution par la méthadone nécessitent un suivi et un accompagnement spécifique durant toute la durée de leur grossesse.

Il convient donc de développer la formation des intervenants en périnatalité au repérage des consommations de toxiques, de développer le lien avec les équipes de liaison et de soins en addictologie dans les maternités, enfin de mettre en place des procédures de coopération entre les structures et les réseaux d'addictologie et de périnatalité pour faciliter l'orientation des patients et leur prise en charge par les structures les plus compétentes pour répondre à leurs difficultés.

- Développer l'HAD en périnatalogie pour les grossesses à risque nécessitant un suivi spécifique, afin de permettre aux femmes dans ces situations particulières de rester dans leur environnement familial et social tout en bénéficiant de la qualité du suivi nécessaire.

- Tendre à la mise en place d'une consultation pédiatrique anténatale systématique ou au moins l'organisation de consultations de puériculture

4.4.2.4 Adapter le niveau de la médicalisation aux besoins de la mère et du nouveau né et faire de la naissance un moment privilégié au cours duquel l'environnement consolide le lien qui s'est établi pendant la grossesse entre la mère et son enfant

- Encourager la mise en place de « zone physiologique de naissance » à l'intérieur des maternités. En effet ceci permettra :
  - aux sages femmes libérales, qui ont suivi la grossesse, de réaliser l'accouchement ;
  - de ne pas déstabiliser les organisations médicales en place dans les maternités ;
  - d'offrir aux femmes un environnement personnalisé.et sécurisé grâce à l'unité de lieu.

- Généraliser « les soins de développement » dans toutes les maternités. Les établissements doivent s'efforcer de rapprocher la mère et l'enfant pendant les premières heures de la vie en améliorant les organisations en place, notamment pour les parturientes qui nécessitent une césarienne.
  Si l'enfant doit être hospitalisé, il faut favoriser la présence de la mère auprès de son enfant (maison des parents, unité kangourous, chambre avec accompagnant) et favoriser les retransferts des nouveau-nés dès que l'état de l'enfant ne justifie plus d'une prise en charge en réanimation néonatale ou en soins intensifs, vers une unité néonatale plus proche du domicile parental.

- Mieux prendre en compte la dimension psychosociale autour de la naissance. Le développement de la prise en charge psychologique dans les maternités passe par des collaborations entre les professionnels de la naissance, les équipes de psychologues présents dans les services et les équipes de psychiatrie, enfants et adultes. 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 le nouveau-né vulnérable avant le retour familial. Ces unités doivent naitre d'une coopération entre les services de pédopsychiatrie, de pédiatrie et de gynécologie obstétrique.

- Promouvoir l'allaitement maternel, chaque fois qu'il est souhaité, même lorsque l'enfant est hospitalisé (« tire-lait » avec conservation du lait maternel).
  Des actions d'information auprès des jeunes, rappelant ses avantages et écartant les idées fausses, doivent être menées.

- Permettre à toutes les femmes, quelle que soit la maternité où elles accouchent, de bénéficier d'un environnement leur apportant les mêmes garanties de sécurité de la naissance. Sur chaque site, les exigences de sécurité imposent une permanence médicale de gynécologues obstétriciens, d'anesthésistes, de pédiatres et de sages femmes rendant nécessaires le maintien

des connaissances et l'évaluation des pratiques professionnelles. Renforcer la formation permanente des professionnels, notamment dans les champs de la sécurité en salle de naissance et à la prise en charge des nouveau-nés en détresse dans les maternités de types 1 et 2, où les équipes sont moins habituées aux urgences inopinées.
Toute maternité doit pouvoir bénéficier, à tout instant, de l'avis technique d'une maternité de référence, par convention. Ce point sera précisé dans les CPOM.

- Anticiper la nécessité de regrouper des plateaux techniques afin de garantir la sécurité et la qualité des soins (difficultés liées à la démographie médicale et au respect des normes réglementaires).
  Lorsqu'une restructuration s'avère nécessaire, elle aboutit à une proposition de fermeture d'un lieu d'accouchement et à sa transformation en CPP. Il est important :
  - que ce centre de proximité soit lié à un ou plusieurs établissements assurant les accouchements,
  - que le personnel soit rattaché à l'un de ces établissements,
  - qu'une collaboration soit instituée entre tous les acteurs de la périnatalité du secteur.

- Evaluer le besoin d'accueil en réanimation néonatale. Une étude prospective sur les nouveaux nés pris en charge en service de néonatologie, en région Paca permettra de préciser la part des nouveau-nés relevant éventuellement d'un type 3 en référence aux préconisations de la Société Francaise de néonatologie. En fonction des résultats, une augmentation des capacités des réanimations néonatales de la région pourrait être acceptée.

- Prendre en charge, sans délai et partout, le risque hémorragique.

Cette réponse d'urgence passe bien sûr par une coordination optimale entre le réseau et les équipes de SAMU ainsi que les structures qui délivrent les produits sanguins labiles (PSL)

La survenue d'une hémorragie obstétricale ou d'une anémie aigue du nouveau né sont rarement prévisibles et mettent en jeu le pronostic vital. Leurs prises en charge lourdes et complexes comportent notamment une transfusion sanguine en urgence.
L'anticipation des besoins transfusionnels représente donc un enjeu majeur de sécurité et de qualité des soins. Elle repose sur la connaissance du groupage sanguin et de l'éventuelle présence d'anticorps irréguliers par la structure en charge de la délivrance des produits sanguins labiles (EFS ou dépôt de délivrance) afin qu'elle s'assure de la disponibilité de produits compatibles au moment de l'entrée en salle de naissance. Cela peut parfois même nécessiter la recherche, l'acheminement, la mise en réserve de produits particuliers, voire la décongélation de concentrés globulaires issus de la banque de sang rare du Centre National de Référence pour les Groupes Sanguins à Paris.
Il convient donc que l'équipe médicale s'assure au cours du dernier mois de grossesse que le groupage sanguin et la recherche des anticorps irréguliers ont bien été pris en compte par la structure qui assurera la délivrance en cas de besoin.

L'accès aux techniques interventionnelles en radiologie doit permettre, chaque fois que c'est possible d'éviter une hystérectomie d'hémostase. Un travail d'optimisation de l'offre régionale existante doit répondre à cet objectif.

4.4.2.5 Après la naissance

Préparer et accompagner la sortie de la maternité

- Généraliser une consultation du nouveau né au huitième jour (différent de l'examen de sortie de la maternité). Mettre à la disposition des familles le numéro de téléphone d'un référent au niveau du réseau pour appeler en cas de difficultés à domicile.
  Le rôle des médecins libéraux (pédiatres et généralistes) et de la PMI est capital dans ce suivi du nouveau-né notamment pour les nouveau-nés vulnérables. Il faut encourager la signature de conventions entre les maternités et les services de PMI afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs.

- Encourager le dépistage de la surdité et la vaccination par le BCG pour les nouveaux nés issus de groupes à risque lors de l'examen de sortie de la maternité ou de l'examen du huitième jour.

- Organiser une prise en charge continue et coordonnée à la sortie de la maternité par l'ensemble des professionnels (PMI, sage femme libérales, praticiens libéraux…). Encourager la mise en place d'ateliers de puériculture, de rencontres de jeunes parents.
  Le passage à domicile d'une puéricultrice ou d'une sage femme (libérale ou PMI) permet de renforcer le lien avec la cellule familiale en général, de poursuivre les soins et de faciliter la poursuite de l'allaitement.
  Il faut, pour que cette action soit efficace, une information réciproque et rapide entre les équipes à domicile et les équipes pédiatriques de la maternité. Des conventions sont à promouvoir entre les services des conseils généraux et les maternités.

  Le médecin de l'enfant (qu'il soit pédiatre ou généraliste) doit être systématiquement informé de la naissance de l'enfant et de son état de santé à la sortie de la maternité. Il doit aussi pouvoir entrer en contact avec les équipes pédiatriques de la maternité pour bénéficier si nécessaire de leur recours ou de leur expertise.

Ces dispositions doivent être généralisées sur l'ensemble du territoire régional.

- Développer l'HAD au service du nouveau-né malade, en lien avec les services de réanimation néonatale. L'HAD après la naissance doit être explorée comme un moyen de rapprocher la mère et son nouveau-né du domicile familial.

Prévenir le handicap et la maladie, et le cas échéant, donner toutes les chances à l'enfant de pouvoir malgré cela s'épanouir dans un milieu social et éducatif adapté à ses difficultés et intégré dans la cité.

- Garantir en tout point du territoire une réponse de qualité et une coordination de la prise en charge de la maladie chronique et du handicap.

- Organiser un suivi spécifique des grands prématurés au long cours.
  Les équipes qui ont pris en charge ces enfants dans les maternités de niveau 3 doivent piloter le suivi en s'appuyant sur les réseaux de périnatalité.
  Ce suivi doit pouvoir être entrepris, pour ne pas alourdir l'inquiétude parentale, au plus près du lieu de vie familial. Il est donc indispensable :
  - d'apporter une formation spécifique pour tous les intervenants médicaux et soignants en charge de le mettre en œuvre ;
  - de garantir la présence de ces équipes formées sur l'ensemble du territoire ;
  - d'apporter aux équipes les ressources nécessaires leur permettant de réaliser ces examens très longs et complexes.

- Faciliter l'intégration des nouveaux nés malades ou handicapés grâce :

  - au développement de la coordination entre les différents intervenants qui assurent ces prises en charge : les centres de références et de compétences, les centres de PMI, les CAMSP et les SESSAD, mais aussi les médecins traitants et les paramédicaux libéraux. Cette coordination doit s'appuyer sur des moyens techniques modernes de communication ;
  - à la généralisation de cette prise en charge coordonnée à toute la région.

4.4.2.6 Coordination

Obtenir une harmonisation des réseaux en périnatalité

- Continuer les travaux d'harmonisation entre les trois réseaux et s'assurer que leurs recommandations soient mises en œuvre de manière identique sur l'ensemble de la région afin de converger vers un regroupement.
  Mettre en place des interfaces avec les réseaux des régions limitrophes qui agissent dans ces zones frontalières.

- L'organisation des soins en réseau implique, pour chaque professionnel, complémentarité et partage d'informations. Ce partage d'informations est un outil essentiel de la continuité des soins.
  Le carnet de maternité est l'outil le plus simple pour partager l'information. Une meilleure utilisation doit être favorisée par des mesures incitatives.

4.4.2.7 Amélioration de la connaissance

Doter la région PACA d'un outil informatique performant concernant la périnatalité
Pour améliorer l'organisation des transferts et permettre une évaluation exhaustive de la politique de prise en charge des grossesses et des nouveaux nés un outil informatique doit être réfléchi au niveau régional (PMSI élargi).

Connaître le profil des femmes ayant le plus recours à l'IVG pour mieux cibler les actions de prévention
Poursuivre l'exploitation des bulletins d'IVG, en améliorant la saisie et le retour des données par les établissements. Les CPOM traduiront cet engagement.

4.4.3 Objectifs quantifiés par territoire

4.4.3.1 Implantations en 2016

Le SROS 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.

Territoires	Maternité de Type 1	Maternité de Type 2 a	Maternité de Type 2b	Maternité de Type 3	Centre Périnatal de Proximité
	Sites autorisés (nombre)	**sites autorisés (nombre)**	**sites autorisés (nombre)**	**sites autorisés (nombre)**	**sites autorisés (nombre)**
Alpes de Haute Provence	Digne (1) Manosque(1)				Sisteron(1)
Hautes Alpes	Briançon (1)	Gap(1)			Embrun(1)
Alpes Maritimes	Cagnes(1) Nice(1)	Antibes(1) Cannes(1)	Grasse(1)	Nice(1)***	Menton(1)
Bouches du Rhône	Vitrolles(1) La Ciotat(1) Arles(1)	Marseille (2)* Puyricard(1) Salon de Provence(1) Aubagne(1)**	Marseille(1) Aix en Provence(1) Martigues(1)	Marseille(2)	
Var	Toulon(1) Saint-Tropez(1) Brignoles(1) Hyères(1)	Draguignan(1) Fréjus(1)	Toulon(1)		La Seyne (1)
Vaucluse	Orange(1) Carpentras(1) Pertuis(1) Cavaillon(1)	Avignon(1)	Avignon(1)		Valréas(1) Apt(1)****

*Sur Marseille transformation d'un site 2b en 2a

**Sur Aubagne création d'une autorisation d'un site 2a après regroupement des maternités de type 1 sur un même site.

*** Regroupement de 2 maternités sur un même site géographique au sein d'une entité juridique unique permettant de faciliter l'accessibilité financière pour un territoire allant de Menton à St Laurent du Var (préconisation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales)

**** à l'échéance de la prolongation de l'autorisation actuelle.

4.4.4 Indicateurs de suivi de l'activité des établissements de santé

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement (sur les trois dernières années).

Objectif	Indicateurs	Observations
Pilotage de l'activité	- Nb d'accouchements réalisés - nb d'accouchements avec péridurale - nb de naissances -nb de césariennes - nb de décès maternels - nb de décès de nouveau-nés - nb de nouveau-nés répartis par poids de naissance et âge gestationnel - *Pour les CPP* : Nb et type de consultations réalisées	PMSI déclaratif établissement
Garantir l'accès à l'IVG dans le respect des délais règlementaires	- nb d'IVG totales réalisées - nb d'IVG médicamenteuses réalisées	SAE
Améliorer l'accès et la qualité du suivi de grossesse	Existence d'une convention passée avec les conseils généraux (suivi PMI) - Existence de conventions passées avec les structures d'addictologie - Existence des Staffs de parentalité : nombre de réunions annuelles	déclaratif établissement
Adapter le niveau de médicalisation aux besoins de la mère et du nouveau né dans un environnement humanisé	- Pour les maternités de type 2 ou 3 : nb de chambres kangourou rapporté au nb de lits de néonatologie - existence d'un espace physiologique de naissance - nb de professionnels de santé formés à la sécurité en salle de naissance, par catégorie - existence d'une convention avec une maternité de référence pour solliciter des avis techniques - délai d'accès aux concentrés globulaires et au plasma sanguins - existence d'un protocole de suivi immuno-hématologique des femmes enceintes permettant à la structure qui délivre les produits sanguins d'avoir les résultats au cours du 8ème mois de grossesse	déclaratif établissement
Préparer et accompagner la sortie de la maternité	- Nb de conventions passées avec des sages femmes libérales sur l'accompagnement des sorties de maternité - pourcentage de nouveaux nés ayant bénéficié du dépistage de la surdité à la naissance	déclaratif établissement d Réseau
Prévenir le handicap et la maladie après la naissance	-nb de prématurés de moins de 33 semaines -nb de prématurés de moins de 33 semaines suivis par âge (jusqu'à 4 ans) - Nb de professionnels de santé formés au suivi des grands prématurés par catégorie de professionnels	réseau

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET DIAGNOSTIC PRENATAL

4.5 Assistance médicale à la procréation (AMP) et diagnostic prénatal (DPN)

4.5.1 AMP

L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle (IA).

4.5.1.1 Bilan de l'existant :

4.5.1.1.1 Offre : 12 activités de soins, 8 centres clinico-biologiques et 9 laboratoires autorisés à pratiquer l'insémination artificielle

La liste des activités et les implantations par territoire sont détaillées en dernière page. Pour une meilleure lisibilité, ces activités peuvent être regroupées en 4 catégories :

- **l'activité d'insémination artificielle**
  Elle est pratiquée par des gynécologues ou gynécologues obstétriciens, selon des règles de bonnes pratiques fixées par arrêté du Ministre chargé de la santé. Cette activité clinique n'est pas soumise à autorisation ou planification. En revanche, l'ARS autorise l'activité biologique complémentaire de l'insémination artificielle dénommée : « préparation et conservation du sperme pour IA ». Cette activité de préparation du sperme est exercée :
  - soit par les laboratoires existants au sein des 8 centres AMP clinico-biologiques
  - soit par les 9 laboratoires d'analyses biologiques médicales, indépendants qui n'ont que cette activité en AMP. Leurs bilans annuels d'activité montrent une extrême disparité dans leurs implantations et dans leurs activités. Certains laboratoires ont cessé d'eux-mêmes leur activité en déclin, depuis le précédent SROS. D'autres présentent des bilans d'activité très faibles. Il n'existe pas de seuil d'activité minimale préconisé au niveau national.

- **les activités relatives à la « conception in vitro »** incluant la ponction d'ovocytes, la préparation et conservation de sperme, la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, le transfert d'embryon, la conservation d'embryons,
  Elles sont pratiquées uniquement dans les **8 centres clinico-biologiques d'AMP**. Les constats sont les mêmes que dans le SROS 3 : il n'y a pas d'argument en faveur d'une insuffisance de l'offre (pas de longs délais d'accès ni aux premiers rendez-vous, ni à la première FIV…) Les 8 centres ne sont pas saturés.

- **les activités liées au « don »** de gamètes ou d'embryons.
  En l'état actuel de la législation, seuls les organismes à but non lucratif sont autorisés à pratiquer ces activités. En Paca, ces activités existent dans **les deux CHU** :
  - pour le don de spermatozoïdes, l'activité repose sur un nombre restreint de donneurs qui mériterait d'être augmenté, notamment à Nice ;
  - pour le don d'ovocytes :
    - au CHU de Nice, l'activité est optimisée depuis 2010 (en 2011, 45 donneuses et délai d'attente des receveuses : 12 à 18 mois)
    - au CHU de Marseille, la caducité de l'autorisation a été prononcée en 2008 ; une nouvelle demande d'autorisation est déposée à l'ARS.
  - et pour le don d'embryons, le CHU de Marseille détient 1 autorisation pour toute la région, ce qui est considéré comme suffisant mais nécessite une collaboration effective de l'ensemble des centres clinico-biologiques d'AMP.

- **l'activité liée à la préservation de la fertilité**,

Cette activité biologique permet à toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, de bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux. en vue de la réalisation ultérieure et à son bénéfice exclusif, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité.
La « conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux » est autorisée sur 3 sites en région Paca : 2 sites à Marseille et 1 site à Nice.

4.5.1.1.2 Besoins : une approche à développer

On dispose de peu d'informations sur les besoins. En effet, l'AMP n'est pas, de fait, la seule réponse à l'infertilité, les couples pouvant renoncer à la procréation ou adopter. Pour approcher le besoin, on peut étudier la consommation de soins.

L'absence de liste d'attente et des délais assez rapides d'accès aux premières consultations, sont souvent avancés comme indicateurs favorables d'accès aux soins en AMP. Néanmoins, il convient de s'assurer également de l'accessibilité géographique et financière à ces activités de soins.
En revanche, le **don d'ovocytes** est particulièrement difficile d'accès faute d'offre suffisante en région. Les couples recourent fréquemment à des centres étrangers. L'estimation des besoins serait pour la région Paca, de 120 à 480 couples par an.[22]

Les taux de recours
La plupart des activités en AMP sont effectuées sans hospitalisation ; il s'agit de consultations et d'actes cliniques et biologiques. La traçabilité de ces actes dans le champ privé libéral est possible au travers des informations de l'Assurance Maladie. Toutefois, les mêmes actes effectués dans les hôpitaux publics ne donnent lieu qu'à des recueils annuels globalisés sans caractéristiques des patients. Ces données n'ont donc pas pu faire l'objet d'une exploitation.
En revanche, la **« ponction d'ovocytes »** est le plus souvent liée à un « séjour » repérable dans le PMSI quel que soit le statut de l'établissement public ou privé. Le nombre de séjours, les caractéristiques des femmes dont leur âge et leur domicile, le lieu où est effectuée la ponction sont des éléments qui peuvent être recueillis en routine via le PMSI. Cela a permis une étude du **taux de recours à l'AMP avec FIV**[23] pour les femmes domiciliées en Paca.
Les résultats de la première requête effectuée sur l'année 2009, montrent un taux de recours significativement inférieur du département des Alpes de Haute Provence. Des requêtes PMSI seront effectuées chaque année avec les mêmes critères, pour suivre cette tendance.

L'insémination artificielle
Un travail d'analyse en lien avec les laboratoires et les correspondants cliniciens libéraux doit permettre de mieux comprendre les flux des couples pris en charge, les modalités d'accès et d'approcher les besoins par territoire de santé. Dans l'attente de données plus précises sur les besoins, aucune nouvelle autorisation ne pourra être accordée dans la région.

Conservation des gamètes et tissus ovariens à usage autologue
Devant les progrès réalisés dans le traitement du cancer et l'amélioration globale du pronostic au cours des dernières années, la prise en compte des effets collatéraux des traitements sur la fertilité est nécessaire, ouvrant des perspectives vers l' « après-cancer ».
Les besoins sont à évaluer auprès des établissements traitant des cancers. Un travail collaboratif est en cours entre le réseau ONCOPACA et les centres clinico-biologiques des 2 CHU. Le second plan cancer (2009-2013) prévoit :

- une action visant à faciliter l'accès à des « plateformes de cryobiologie associées aux *CECOS*[24] pour améliorer l'accès à la préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer ».
- un programme d'actions spécifiques pour les adolescents atteints de cancer, notamment en prévenant les séquelles chez les enfants et adolescents parvenus à l'âge adulte.

---

[22] Rapport IGAS sur le don d'ovocytes février 2011
[23] Pas de notion d'un taux de recours national sur la ponction d'ovocytes
[24] CECOS : ancienne appellation des centres regroupant les activités de dons de gamètes et embryons

On constate un déficit d'information des personnes concernées et de leurs proches mais également des professionnels : médecins exerçant en cancérologie, mais aussi les soignants intervenant dans le dispositif d'annonce et la coordination des soins, au niveau de chaque établissement autorisé à traiter le cancer.

4.5.1.2 Objectifs généraux et spécifiques

4.5.1.2.1 Améliorer la connaissance

- Développer l'information des professionnels, des patients et de leurs familles sur l'éventuelle toxicité des traitements et les possibilités de préservation de la fertilité avant les traitements[25] , plateforme régionale (mini-site internet et ligne téléphonique unique régionale (indigo) ;
- organiser en lien avec le réseau ONCOPACA, le recueil d'informations sur les patients pris en charge pour la conservation à usage autologue des gamètes ou tissus (origine géographique, sexe, âge…) en distinguant les conservations effectuées hors cancer, le recueil d'information sur l'activité spécifique (actes et typologie) ;
- recueillir des informations sur la stimulation ovarienne et l'insémination artificielle permettant d'approcher les besoins par territoire de santé, en lien avec l'assurance maladie. Améliorer l'analyse des besoins en matière d'insémination artificielle par des travaux avec les praticiens libéraux et les laboratoires ;
- poursuivre chaque année l'analyse du taux de recours à la ponction d'ovocytes par l'analyse du PMSI .

4.5.1.2.2 Réduire les inégalités d'accès à l'AMP (territoriales, sociales, économiques)

- en les objectivant par les études ci-dessus ;
- en améliorant les parcours des couples (information) ;
- en améliorant la complémentarité entre les centres (conventions).

4.5.1.2.3 Compléter et restructurer le dispositif d'offre

- **Le don d'ovocytes** : ouvrir 2 autorisations sur Marseille
  - activité clinique de « prélèvement d'ovocytes en vue de don » ;
  - activité biologique de « préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ».

- **La préservation de la fertilité :** développer l'activité de conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux, notamment en lien avec le réseau ONCOPACA.
  Outre les mesures prévues spécifiquement dans l'arrêté relatif aux bonnes pratiques cliniques et biologiques en AMP, les structures autorisées devront offrir :
  - un accueil téléphonique avec personnel formé à cette thématique, au niveau du centre clinico-biologique ;
  - des consultations spécifiques de préservation de la fertilité pour adultes, enfants et adolescents, des deux sexes, avec un dispositif permettant une réponse adaptée en urgence. Le dossier médical doit stipuler la pathologie et/ou les traitements source d'infertilité potentielle ;
  - des staffs pluriannuels pluridisciplinaires (biologistes, endocrinologues, oncologues, pédiatres…) et inter-établissements, avec mise en place d'une traçabilité des décisions prises ;
  - une organisation permettant une conservation à long terme des tissus et gamètes avec tenue de registres sur une durée minimale de trente ans.

[25]rapport INCa/ABM et volet cancérologie du SROS

- **L'insémination artificielle** :
  - La collaboration entre le clinicien et le biologiste est impérative, dans la prise en charge et les indications comme dans le suivi des résultats (grossesses naissances). L'information des gynécologues à partir d'une fiche régionale commune pour les inséminations artificielles en intra conjugal permettraient d'assurer le suivi de cette activité ;
  - Favoriser les regroupements des laboratoires quand les seuils d'activité ne justifient pas plusieurs sites au sein d'une même commune ;
  - Limiter les nouvelles implantations aux laboratoires d'analyses médicales proposant une offre dans des communes qui en sont dépourvues et apportant des arguments de besoins au niveau du territoire proposé.

4.5.1.2.4 Améliorer les conditions de prise en charge des activités d'AMP

- inspection contrôle de l'ensemble des centres et laboratoires AMP sur les années 2011-2012 (objectif national et européen) :
  - en insistant notamment sur les conditions d'accueil et la prise en charge psychologique

4.5.1.3 Implantation par territoire de sante:

			Activités cliniques					Activités biologiques						
		villes	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	Prélèvement de spermatozoïdes	Transfert des embryons en vue de leur implantation	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux
Territoires de santé	Alpes de Haute Provence													
	Hautes Alpes													
	Alpes Maritimes	Nice	2	2	2	1		3	2	2	1	1		1
		Antibes						1						
		Cannes						1						
	Bouches-du-Rhône	Marseille	3	3	3	1	1	4	3	3	1	1	1	3
		Aix en Provence	1		1			2	1	1				
	Var	Toulon	1	1	1			1	1	1				
		Draguignan						1						
	Vaucluse	Avignon	1		1			1	1	1				
		Bollène						1						
			8	6	8	1	1	15	8	8	2	2	1	4

Implantations prévisionnelles des activités AMP par territoire de santé en fin de SROS

4.5.1.4 Indicateurs de suivi et d'évaluation :

4.5.1.4.1 Préservation de la fertilité : (projet ONCOPACA-CHU)

Modalités d'informations des usagers, des professionnels, site internet ARS pour présentation de l'offre
Mesure de l'activité et du fonctionnement conventionnel ONCOPACA et les deux CHU :

- nombre et provenance des appels de professionnels sur la plateforme régionale téléphonique ;
- nombre de consultations fertilité et cancer ;
- nombre de patients pris en charge et typologie ;
- nombre et typologie des actes en AMP.

4.5.1.4.2 Activité de FIV

- taux de recours par territoire de santé à la ponction d'ovocytes, avec les caractéristiques, âge, domicile, (PMSI) ;
- nombre de nouvelles conventions inter-établissements ;
- création d'une offre fonctionnelle « don d'ovocytes » sur Paca ouest (ARS) ;
- suivi de l'activité « dons d'ovocytes » sur les 2 sites de la région (files actives, délai d'attente…) (rapports d'activité).

4.5.1.4.3 Insémination artificielle

Enquête sur la stimulation ovarienne et l'insémination artificielle, par territoire de santé, portant notamment sur

- les files actives et l'origine géographique des couples ayant recours à ces procédés (enquête à prévoir) ;
- la consommation de médicaments stimulant l'ovulation, par territoire de santé.

4.5.1.4.4 Amélioration des conditions de fonctionnement des activités AMP

Nombre d'inspections / an
Nombre de mesures d'amélioration effectivement mises en œuvre au décours

4.5.2 DPN

Le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. Il doit être précédé d'une consultation médicale adaptée à l'affection recherchée.

Les laboratoires d'analyses

Les analyses du diagnostic prénatal sont réalisées dans des laboratoires d'analyses implantés tant en secteur public qu'en secteur privé, lesquels sont autorisés par l'Agence régionale de santé pour une durée de 5 ans renouvelable. Les activités et les rendus de résultats ne sont plus placés sous la responsabilité de praticiens agréés[26] par l'Agence de la Biomédecine pour 5 ans.

Les analyses portent sur les domaines :

- de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques,
- de cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire,
- de génétique moléculaire,
- du diagnostic des maladies infectieuses,
- d'hématologie,

[26] *Adoption en juillet 2011 de la loi de bioéthique qui supprime les agréments jusqu'alors octroyés par l'Agence de la biomédecine*

- d'immunologie.

Les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN)

L'ensemble des activités doit être encadré par les équipes pluridisciplinaires autorisées par l'Agence de la biomédecine au sein du CPDPN dont la composition est réglementairement définie.

4.5.2.1 Bilan de l'existant

CPDPN

3 implantations étaient prévues (2 à Marseille et 1 à Nice) et 2 centres sont actuellement autorisés (Marseille)

Les laboratoires autorisés au diagnostic prénatal en 2011

La région Paca compte : 14 laboratoires disposant de 16 autorisations pour les domaines suivants :

- 3 autorisations pour le diagnostic des maladies infectieuses ;
- 4 autorisations en génétique moléculaire ;
- 4 autorisations en cytogénétique ;
- 5 autorisations pour la biochimie des marqueurs sériques de la trisomie 21 dans le sang maternel (MSM T21).

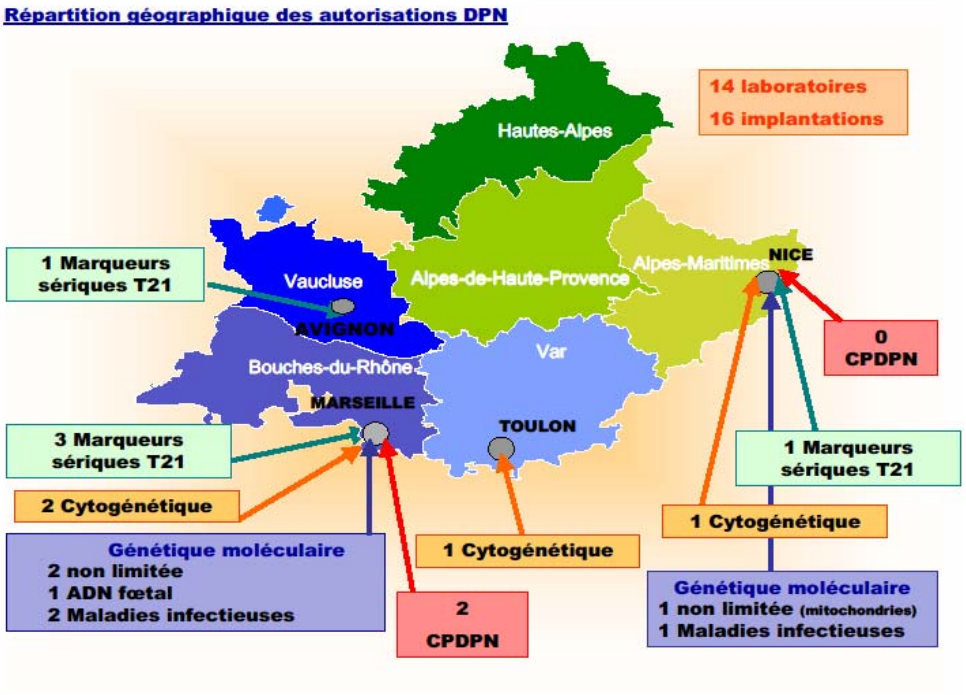
<u>88% autorisations en secteur public</u>

25% cytogénétique et cytogénétique moléculaire
25% génétique moléculaire
19 % diagnostic des maladies infectieuses
19 % MSM T21

<u>12% autorisations en secteur privé</u>

MSM T21

<u>La répartition géographique des autorisations en Paca est la suivante :</u>



Les laboratoires d'analyses privés qui réalisent les marqueurs sériques de la trisomie 21sont implantés dans les grandes agglomérations : Avignon, Marseille et Nice.

Les autres laboratoires sont implantés dans les grands centres hospitaliers de l'APHM, le CHITS de TOULON et le CHU de NICE.

Les analyses sont très spécialisées et les départements des Hautes Alpes et des Alpes de Haute-Provence sont dépourvus d'implantation. Pour autant les besoins sont satisfaits par la transmission d'échantillons d'analyse vers des laboratoires prestataires internes ou externes à Paca.

4.5.2.2 Objectifs généraux du SROS

4.5.2.2.1 Orientations pour les CPDPN

Conforter le rôle et la place du CPDPN en matière d'expertise, de recours et d'animation sur le plan régional,

Coordonner l'ensemble des professionnels qui concourent au dépistage prénatal, et notamment les échographistes et les biologistes agréés pour effectuer les analyses
En effet, il existe un bouleversement récent concernant l'évaluation du risque de trisomie 21 ; l'arrêté du 23 juin 2009 fixe les règles de bonnes pratiques en la matière. Il repose sur un dépistage combiné qui associe le dosage des marqueurs sériques et les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur cranio-caudale.

L'arrêté prévoit un contrôle qualité de l'échographie reposant sur une évaluation des pratiques professionnelles qui, doit être assurée par le réseau périnatalité. Dans ce cadre, le réseau périnatalité a vocation à coordonner l'ensemble des professionnels qui concourent au DPN en lien avec le CPDPN qui constitue un pôle de compétences clinique et biologique, référence en matière d'expertise.

4.5.2.2.2 Orientations en biochimie fœtale

On dénombre 5 implantations : 1 dans le Vaucluse, 1 dans les Alpes Maritimes, 3 dans les Bouches du Rhône: 3 Laboratoires d'analyses privés et 2 laboratoires en secteur public.
Les volumes de dépistages sont comparables entre les sites de Paca (moyenne 2000/an et par site).
Ces modalités de dépistage tendent à diminuer en nombre d'actes en faveur de la venue d'une nouvelle stratégie de dépistage en cours d'évaluation dont la fiabilité et précision sont estimées à 100% : le dépistage de la trisomie 21 par dosage de l'ADN fœtal dans le sang maternel.

Les enjeux spécifiques

- Organiser et structurer les relations clinico-biologiques et prévoir des partenariats entre professionnels pour répondre aux besoins de la population.
- Inciter à utiliser l'offre régionale en matière de DPN pour le dépistage de la trisomie 21 (cf. orientations CPDPN) pour faciliter la coordination avec l'échographie.

Le besoin

- Il n'y a pas d'implantation de laboratoires dans les Alpes de Haute Provence, les Hautes Alpes et le Var. Les professionnels estiment que la population peut être desservie par la transmission des échantillons vers les laboratoires prestataires externes, notamment ceux de Paca. Il n'y a pas lieu de procéder à l'implantation d'autres sites.

- Il convient néanmoins d'améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux.

Indicateurs de suivi spécifique

- Mettre en œuvre les nouvelles dispositions de la loi bioéthique, suivre la parution des décrets d'application, ainsi que les premiers résultats des études en cours faites par l 'AFSSAPS et l 'Agence de la Biomédecine sur l'évaluation de la nouvelle stratégie de dépistage de la trisomie 21 par MSM au premier trimestre de la grossesse (arrêté du 23 juin 2009 relatif aux bonnes pratiques de dépistages).
- Suivre le volume d'activité de la nouvelle technique de dépistage des trisomies 21 par le dosage de l'ADN fœtal dans le sang maternel.

4.5.2.2.3 Orientation en cytogénétique

On dénombre 4 implantations : 1 dans les Alpes Maritimes, 2 dans les Bouches du Rhône, 1 dans le Var.
On remarque que les volumes de dépistages sont disparates entre les sites.
A noter que 2 laboratoires privés ont cessé l'activité en 2010.

Les enjeux spécifiques

Mettre en œuvre les nouvelles dispositions de la loi bioéthique et ses décrets d'application ;
Suivre les premiers résultats des études d'évaluation faites par l 'AFSSAPS et l 'Agence de la Biomédecine en ce qui concerne la nouvelle stratégie de dépistage de la trisomie 21 par MSM du premier trimestre de la grossesse.

Le besoin

- En biologie

- La création de site supplémentaire n'apparaît pas opportune ;
- Il convient de réactiver et dynamiser l'activité du secteur EST de PACA qui ne répond pas aux besoins de la population résidente ;
- Il faut mutualiser l'utilisation des plateformes de CGH array (dans le 13 et dans le 06) ;
- Il est nécessaire d'améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux.

- En clinique

- Organiser les consultations avancées dans le Var, le Vaucluse et les Alpes Maritimes Développer par de la formation notamment, les prélèvements de villosités choriales au Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon (83) pour permettre la réalisation des caryotypes au premier trimestre de la grossesse, en lien avec la nouvelle stratégie de dépistage des marqueurs sériques de T21 dans le sang maternel au premier trimestre de la grossesse.

4.5.2.2.4 Orientations en génétique moléculaire

On dénombre 4 implantations : 1 dans les Alpes Maritimes, 3 dans les Bouches du Rhône.
Parmi eux, 2 (Marseille et Nice) sont des laboratoires ayant une activité de diagnostic génétique pré et post natal adossée au centre de génétique clinique. Ces laboratoires de diagnostic génétique réalisent des tests dans des domaines spécialisés et diversifiés, (retards mentaux, pathologie neuro-musculaire, pathologie mitochondriale, endocrinienne…) selon une répartition en lien avec les réseaux nationaux de diagnostic et de prise en charge.

On recense également 1 laboratoire autorisé à Marseille pour la génétique moléculaire réalisée sur l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel. 1 laboratoire à Marseille effectue un diagnostic de certains gènes en lien avec les cancers rares héréditaires.

Les enjeux spécifiques

Suivre l'évolution de la nouvelle technique de dépistage des marqueurs fœtaux dans le sang circulant maternel.
Suivre les premiers résultats des études d'évaluation faites par l'AFSSAPS et l'Agence de la Biomédecine en ce qui concerne la nouvelle stratégie de dépistage de la trisomie 21 par MSM du premier trimestre de la grossesse.
Mettre en œuvre les nouvelles dispositions de la loi bioéthique et ses décrets d'application.

Le besoin

- La création de site supplémentaire n'apparaît pas opportune. En cas de développement de l'activité de dépistage des Trisomies 21 dépisté par le dosage de l'ADN fœtal dans le sang maternel, le laboratoire installé à l'APHM – hôpital NORD est en mesure de répondre à la demande régionale.
- Une coopération entre les territoires des Alpes Maritimes et des Bouches du Rhône permettrait un partage des données entre les 2 CHU.
- Il convient de développer les partenariats entre laboratoires par l'organisation de circuits de ramassage des échantillons biologiques
- Il est nécessaire d'améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux.

4.5.2.2.5 Orientations en diagnostic des maladies infectieuses

On dénombre 3 implantations : 1 dans les Alpes Maritimes (toxoplasmose), 2 dans les Bouches du Rhône (toxoplasmose / virologie).
Les domaines de la virologie et parasitologie sont couverts.

Le besoin

- La création de site supplémentaire n'apparaît pas opportune.
- Une coopération entre les territoires des Alpes Maritimes et des Bouches du Rhône permettrait un partage des données entre les laboratoires.
- Il est indispensable de développer les partenariats avec les laboratoires privés d'analyse qui organisent le dépistage sérologique et le suivi des patientes en libéral. (Développer des liaisons avec les partenaires des fédérations et des syndicats).
- Il est nécessaire d'améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux.

4.5.2.2.6 Orientations en hématologie et immunologie

La région Paca ne dispose pas de laboratoire mettant en œuvre ces dépistages.

Le besoin

L'analyse de sang de cordon à visée diagnostic est une activité de diagnostic prénatal. Il s'agit d'un examen assez rare qui ne doit être prescrit que dans le cadre du CPDPN.
Cette activité doit être autorisée sur 2 sites : 1 sur Marseille et 1 sur Nice.

4.5.2.2.7 Recommandations générales

- Améliorer le suivi des taux des issues de grossesses et tisser des liens avec les CPDPN.

- Développer l'emploi des conseillers en génétique
- Favoriser les coopérations inter laboratoires et améliorer la lisibilité en matière d'offre de soins auprès des partenaires ambulatoires
- Inciter à utiliser l'offre régionale en matière de DPN (marqueurs sériques et caryotypes)
- Favoriser la participation des laboratoires aux contrôles externes de la qualité
- Suivre l'entrée du laboratoire dans la démarche d'accréditation

4.5.2.3 Modalités de suivi

Les modalités de suivi des objectifs selon les critères de satisfaction suivants :

- l'entrée dans la démarche d'accréditation des laboratoires ;
- la participation des laboratoires à des contrôles de qualité externes de la qualité ;
- l'emploi de conseillers en génétique ;
- « l'appartenance » du laboratoire à un centre de compétence ou de référence ;
- la mise en évidence des flux d'examens par le suivi des communes (ou département) d'origine des patients pris en charge en interne et/ou le suivi des communes (ou département) d'origine des prescripteurs d'examens ;
- la bonne application des cotations et recommandations de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale lorsque les actes font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ;
- l'évolution des volumes d'activités des « B » (lettre de codage de l'acte) et « BHN » pour les actes hors nomenclature.

4.5.2.4 Implantations par territoire

Tout arrêt d'activité d'une implantation autorisée en biochimie fœtale ou cytogénétique entrainera une réévaluation du besoin.

Territoire des Alpes de Haute Provence

2011	2016
Pas d'implantation	Aucune implantation à créer

Territoire des Hautes Alpes

2011	2016
Pas d'implantation	Aucune implantation à créer

Territoire des Alpes Maritimes

2011	2016
Nice	**Nice**
marqueurs sériques T21 : 1 implantation **cytogénétique** : 1 implantation **diagnostic des maladies infectieuses**:1implantation **génétique moléculaire non limitée** : 1 implantation	**marqueurs sériques T21** : 1 implantation **cytogénétique** : 1 implantation **diagnostic des maladies infectieuses**:1implantation

	génétique moléculaire non limitée : 1 implantation **Hématologie** : ***+ 1 implantation*** *Dynamiser l'activité en matière de réalisation des examens des caryotypes et de génétique moléculaire (optimiser l'utilisation de la plateforme CGH Array).*
CPDPN : 1	**CPDPN** : 1

Territoire des Bouches-du-Rhône

2011	2016
Marseille	**Marseille**
marqueurs sériques T21 : 3 implantations **cytogénétique** : 2 implantations **diagnostic des maladies infectieuses**: 2 implantations **génétique moléculaire non limitée** : 2 implantations **génétique moléculaire pour le dépistage de l'ADN fœtal dans le sang maternel :** 1 implantation	**marqueurs sériques T21** : 3 implantations **cytogénétique** : 2 implantations **diagnostic des maladies infectieuses**: 2 implantations **génétique moléculaire non limitée** : 2 implantations **génétique moléculaire pour le dépistage de l'ADN fœtal dans le sang maternel :** 1 implantation **Hématologie** : ***+1 implantation***
CPDPN 2 implantations	**CPDPN** 2 implantations

Territoire du Var

2011	2016
Toulon	**Toulon**
Cytogénétique : 1 implantation	**Cytogénétique :** 1 implantation *Développer la formation des cliniciens pour débuter les choriocentèses.*

Territoire du Vaucluse

2011	2016
Avignon	**Avignon**
marqueurs sériques T21 : 1 implantation	**marqueurs sériques T21** : 1 implantation

PSYCHIATRIE

4.6 Psychiatrie

4.6.1 Le contexte

- L'offre (Statiss 2010) en psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) et en psychiatrie générale (PGle)

- les lits d'hospitalisation complète (HC) et les places d'hospitalisation de jour (HDJ) et de nuit (HDN).

	HC (Lits)				HDJ, HDN (places)			
	PUBLIC		PRIVE		PUBLIC		PRIVE	
	PIJ	PGle	PIJ	PGle	PIJ	PGle	PIJ	PGle
04	/	146	/	/	32	65	/	/
05	8	125	/	/	21	33	/	/
06	9	675	22	280	22	287	72	10
13	20	1092	33	1194	153	641	67	12
83	27	426	/	389	95	164	/	20
84	18	461	/	97	144	271	/	12
PACA	**82**	**2904**	**55**	**1960**	**467**	**1461**	**139**	**54**

La région dispose par ailleurs de 414 lits de réhabilitation réinsertion en psychiatrie générale appartenant à 5 cliniques privées et un établissement ex PSPH. Suite à la redéfinition en 2009[27] de l'activité et des missions des établissements de post cure, ces lits viennent s'ajouter aux capacités autorisées en psychiatrie générale avec le maintien d'une orientation et d'une spécificité de prise en charge en réhabilitation réinsertion.
A noter que 3 cliniques psychiatriques de post-cure font l'objet d'une reconversion en médico-social.

Taux d'équipement au 1er janvier 2010

Taux d'équipement / 1000 habitants	**04**	**05**	**06**	**13**	**83**	**84**	**PACA**	**FRANCE**
Enfants 0-16 ans Lits HC	-	0,32	0,16	0,14	0,15	0,17	0,15	0.16
Equipement global (lits et places)	1,19	1,33	0,66	0,73	0,71	1,79	0,87	0.93
population >16 ans Lits HC	1,13	1,15	1,06	1,42	0,96	1,24	1,21	1.10
Equipement global (lits et places)	1,76	1,57	1,42	1,86	1,19	1,92	1,62	1.53

- L'activité (SAE 2010)

Les séjours

[27] Les décrets du 17 avril 2008 relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation et l'instruction DHOS du 22 juillet 2009 ont nécessité la réalisation d'une analyse de l'activité des établissements de post cure psychiatrique pour déterminer leur devenir.

		04	05	06	13	83	84	PACA
HC	P Gle	46 381	39 368	345 024	867 753	302 875	179 471	1 780 872
HC	PIJ	0	576	9 325	12 421	5 850	2 703	30 875
HC	P. pénitentiaire	0	0	0	8 085	0	0	8 085
HC	**Total journées**	**46 381**	**39 944**	**354 349**	**888 259**	**308 725**	**182 174**	**1 819 832**
HDJ	P Gle	32 067	5 756	47 841	122 241	36 633	52 004	296 542
HDJ	PIJ	6 750	4 393	18 816	32 922	15 051	22 080	100 012
HDJ	P. pénitentiaire	0	0	2 753	0	0	0	2 753
HDJ	**Total venues**	**38 817**	**10 149**	**69 410**	**155 163**	**51 684**	**74 084**	**399 307**

Les taux de recours

Nombre de journées de psychiatrie adulte pour 10.000 habitants en 2009 par territoire de santé (source DGOS)

Alpes sud	Alpes nord	Alpes Maritimes est	Alpes Maritimes ouest	Bouches du Rhône nord	Bouches du Rhône sud	Var est	Var ouest	Vaucluse Camargue	PACA	Médiane nationale
5 573	4 654	3 901	2 587	3 631	5 592	2 257	4 827	5 105	4 468	3628

- Les professionnels de santé

Les psychiatres libéraux et salariés exclusifs (Statiss 2010)

	04	05	06	13	83	84	PACA
Psychiatres libéraux	7	5	192	396	99	53	**752**
Psychiatres salariés exclusifs	14	14	159	238	89	74	**588**
Total	**21**	**19**	**351**	**634**	**188**	**127**	**1340**

Les psychiatres hospitaliers, postes budgétés

Départements	Budgétés		Vacants	
	T Plein	T partiel	T Plein	T partiel
Alpes-de-Haute-Provence	15	2	0	2
Hautes-Alpes	16	0	3	0
Alpes-Maritimes	80	6	20	1
Bouches-du-Rhône	196	63	16	16
Var	82	15	11	6
Vaucluse	69	7	6	2
PACA	**458**	**93**	**56**	**27**

15% des postes de psychiatres sont vacants dans les hôpitaux de la région.

- Commentaires

En 2011, les 62 secteurs de psychiatrie générale de la région disposent tous de lits d'hospitalisation complète (de 17 à 102 lits selon les secteurs) et de places d'hôpital de jour et de nuit (de 4 à 45 places selon les secteurs).
Les taux d'équipements en hospitalisation complète en psychiatrie générale sont supérieurs à la moyenne nationale. L'hospitalisation privée représente 45% de l'équipement régional.
Le recours à l'hospitalisation et les ré-hospitalisations sont élevés dans la région (cf. taux de recours régional versus national) et un certain nombre de ces séjours pourrait certainement être évité par le recours à l'ambulatoire et aux alternatives à l'hospitalisation.
Le niveau des équipements ambulatoires et en alternative à l'hospitalisation est très hétérogène selon les territoires (de 0,23 à 0,68 place/habitant de plus de 16 ans[28]). De plus le recours aux alternatives à l'issue d'une hospitalisation dépend souvent des pratiques.
Actuellement les ressources sont encore trop largement affectées à l'hospitalisation complète. En effet, alors que 80% de la file active est suivie en ambulatoire et à temps partiel, la prise en charge des 20% de patients en hospitalisation complète mobilise entre 60 et 70% des moyens des établissements.

Sur la région, en 2009, le coût moyen annuel[29] par habitant pour les établissements (publics et privés) de psychiatrie s'élève à 137 €, avec une forte inégalité de répartition (fourchette allant de 79 € à 174 € selon les anciens territoires de santé mentale).

4.6.2 Les évolutions prévisibles

4.6.2.1 La démographie des professionnels de santé

Dans les prochaines années, la démographie des psychiatres va évoluer à la baisse. Toutefois, la région bénéficie encore d'une situation favorable par rapport à la moyenne française du fait de son attractivité même s'il faut noter des disparités entre les départements.
Selon les données de 2010, 51,5% des psychiatres libéraux sont âgés de 51 à 60 ans et 22% sont âgés de 60 à 65 ans.
Les psychiatres salariés exclusifs exerçant en établissement public, sont un peu plus jeunes puisque 36% d'entre eux sont âgés de 51 à 60 ans et 17% sont âgés de 60 à 65 ans.

4.6.2.2 Les structures et les pratiques

La prise en charge extra hospitalière est appelée à se développer, ce qui nécessitera :

- de renforcer le dispositif ambulatoire constitué par les Centres Médico Psychologiques 'ou (CMP) et par les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (ou CATTP) et l'hospitalisation à temps partiel (HDJ, HDN), afin d'éviter notamment le recours à l'hospitalisation complète et certaines ré-hospitalisations ;
- d'optimiser le travail dans la cité grâce à une réelle mobilité et réactivité des équipes de secteur.

4.6.3 Les objectifs

Les orientations nationales définies dans le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS PRS recommandent d'assurer une répartition équilibrée des différentes modalités de prise en charge, (…) de réserver l'hospitalisation complète aux personnes qui relèvent de cette prise en charge (…) et d'organiser des coopérations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux intervenant en matière de logement et d'insertion afin de fluidifier les prises en charge des patients (…).

Par ailleurs, dans son guide des politiques et des services de santé mentale de 2005, l'OMS précisait que le principe de la solution la moins restrictive exige que le traitement soit toujours administré aux

[28] STATISS 2010
[29] Total des DAF psy des établissements public plus montant des remboursements versés aux cliniques psychiatrique privées rapporté à la population du territoire

personnes dans des milieux qui affectent le moins possible leur liberté personnelle, leur statut et leurs privilèges dans la communauté, notamment leur aptitude à continuer de travailler, à se déplacer et à s'occuper de leurs affaires. En pratique, cela signifie qu'il faut promouvoir les traitements au sein de la communauté et ne recourir au milieu institutionnel que dans des circonstances rares.

En lien avec la notion de parcours de vie et de soin, la réflexion relative à l'organisation des soins devra donc s'établir à trois niveaux :

- l'amont de la prise en charge dans les dispositifs sanitaires de psychiatrie ;
- le parcours du patient au sein de ces dispositifs sanitaires ;
- l'aval de la prise en charge à la sortie du dispositif sanitaire.
-

4.6.3.1 Organiser le parcours du patient en psychiatrie générale :

4.6.3.1.1 De l'amont à l'aval de la prise en charge dans les dispositifs sanitaires de psychiatrie

Les médecins généralistes

L'intégration des dispositifs sectorisés de la psychiatrie comme élément de la prise en charge de premier recours et la connaissance de ces dispositifs par les généralistes constituent les préalables à la mise en œuvre d'un parcours de vie et de soins fluide et sans rupture.

Une meilleure connaissance des dispositifs de soins du secteur psychiatrique, le renforcement de la formation initiale et continue, l'appropriation des recommandations de bonne pratique sont nécessaires aux médecins généralistes pour leur permettre :

- d'améliorer le repérage et la prise en charge des troubles mentaux ;
- d'orienter si besoin le patient vers le psychiatre ;
- d'assurer le suivi du patient en lien avec le psychiatre.

Les urgences

Les urgences psychiatriques représentent 10 à 15% de l'activité totale des urgences médicales et sont en constante augmentation dans tous les établissements de la région. Il convient donc de :

- réguler les urgences psychiatriques :
  - en amont, éviter d'arriver à la situation d'urgence : prise en charge rapide en CMP ou en médecine libérale ;
  - en aval, en organisant un suivi après la sortie : consultations post urgences, hospitalisations brèves, parfois hôpital de jour, relai avec le secteur ou le médecin libéral ;
- organiser le transport du patient
  Dans le cadre de la loi du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, le transport du patient entre son domicile et l'établissement de santé doit être amélioré ;
- organiser la permanence des soins en établissement de santé (PDS-ES) en psychiatrie en lien avec les urgences.

Le patient au sein des dispositifs sanitaires

Faire évoluer les pratiques en passant par une redéfinition de la répartition des moyens des établissements pour la rapprocher de la réalité de la file active des patients pris en charge. Il conviendra donc de rééquilibrer les moyens en personnels médicaux et non médicaux entre les lieux de soin.

Le dispositif ambulatoire et l'hospitalisation à temps partiel doivent être développés en priorité, afin d'éviter le recours à l'hospitalisation et les ré hospitalisations.

Une étude des taux de recours, des modalités d'organisation et de la patientèle de chaque établissement sera réalisée avec le soutien de la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM).

- La prise en charge au cœur de la cité **:** la règle
  Le CMP, situé au sein de la communauté, est la « structure pivot » de la prise en charge. Il convient de :
  - réduire les délais d'attente en déterminant sur chaque territoire un CMP intersectoriel disposant de plages horaires élargies ;
  - renforcer la mobilité des équipes de CMP pour des prises en charge à domicile, en lien avec le médecin traitant.

  L'HDJ lieux de soins à temps partiel, est une structure essentielle de proximité. Il convient de :
  - réaffirmer les missions de l' HDJ et sa place dans le parcours du patient ;
  - développer son maillage et suivre sa mise en place.

- La prise en charge en hospitalisation complète : une modalité parfois nécessaire mais toujours transitoire. Il convient de :
  - réserver ce type de prise en charge aux seules situations qui en relèvent, pour un temps limité dans le parcours de soins ;
  - réaliser une évaluation régulière de la situation médico-psycho-sociale du patient et organiser sa sortie avec la mise en place de relais (sanitaires, sociaux ou médico-sociaux).

- La réhabilitation-réinsertion psychosociale : un travail indispensable.

Il convient:
  - d'assurer, à partir de certains établissements la réinsertion qui constitue une amorce fondamentale pour le rétablissement du patient et fait partie intégrante de son parcours ;

  - d'accompagner le programme national "médiateurs de santé-pairs" du Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) avec le recrutement de 10 médiateurs de santé sur la région. L'originalité de ce dispositif consiste à intégrer les médiateurs de santé, des usagers ayant une expérience significative de rétablissement d'un trouble psychiatrique, au sein des services de psychiatrie de plusieurs établissements de la région. Une évaluation de ce programme est prévue par une équipe de chercheurs coordonnée par le CCOMS.

  - de faciliter la participation des usagers et des associations de familles, ce qui permettra de favoriser l'autonomisation des patients, notamment au travers des Groupes d'Entraide Mutuelle qui constituent une modalité de compensation du handicap pour les personnes présentant des troubles psychiques.

<u>La problématique du logement</u>

L'accès ou le maintien dans un logement, pour lesquels l'accompagnement est essentiel, sont des difficultés majeures à la sortie de l'hospitalisation des patients stabilisés. Il est nécessaire de :

- impulser une réflexion régionale qui réunira, autour de l'ARS et de la Cohésion sociale, les municipalités, les bailleurs, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les Conseils Généraux, les établissements de santé et des associations ;
-
- rechercher, grâce aux échanges des partenaires réunis au sein d'un conseil local de santé mentale et avec l'appui des élus locaux, des réponses de proximité adaptées ;
-
- renforcer la présence de dispositifs de soins psychiatriques dans la cité et la mobilité des équipes de secteur.

•
Dans le cadre des réflexions sur le logement, un lien devra être établi avec les dispositifs associatifs de type "famille gouvernante" qui proposent un accompagnement social de proximité et offrent des solutions non seulement aux problématiques de logement mais aussi d'exclusion.

Les liens avec le médico social et le social

D'après les enquêtes réalisées[30], 20% des patients sont maintenus en hospitalisation par défaut d'une solution d'aval. Cette situation, outre qu'elle peut être préjudiciable pour le patient, limite fortement les capacités d'accueil en hospitalisation des structures sanitaires.

- Il convient donc, en lien avec la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale, les Conseils Généraux et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées :

  - d'identifier les besoins en structure d'hébergement social et médico-social, en reconduisant l'enquête sur les séjours longs réalisée en 2005 et 2008, sur la base du cahier des charges 2011 de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) ;

  - d'analyser, dans le cadre de la programmation médico-sociale, les possibilités de développement de l'hébergement médico-social selon des logiques de créations et/ou de transferts de moyens ;

    - pour les patients autonomes mais nécessitant un soutien important : développement de places de Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et de Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et articulation entre les auxiliaires de vie et l'accompagnement des SAMSAH et SAVS, sous réserve de la programmation des crédits inscrits dans le PRIAC ;

    - pour les patients peu autonomes : développement de lieux d'accueil assez « contenants » (places en MAS et en FAM) sous réserve de la programmation des crédits inscrits dans le PRIAC.

- Evaluer la possibilité de dégager des ressources de l'intra hospitalier au fur et à mesure de la réussite durable de la réorientation des patients. Il conviendra néanmoins de garder un volant de lits disponibles pour pouvoir réadmettre les patients hébergés en médico-social si nécessaire. Les établissements peuvent s'appuyer sur le guide de la MNASM pour mener leurs analyses.
•

4.6.3.1.2 La prise en charge des populations spécifiques

Les personnes âgées

L'état des lieux dans la région Paca met en évidence :

- une offre spécifique en gérontopsychiatrie réduite et inégalement répartie, que ce soit en hospitalisation, en accueil de jour, ou en suivi ambulatoire ;
- une offre d'hébergement dans le secteur médico-social pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques réduite ;
- des articulations entre les soins psychiatriques, les soins gériatriques et le réseau médico-social le plus souvent peu formalisées et hétérogènes.

•
•
•
•

[30] Enquêtes ARH 2005 et 2008 sur les patients hospitalisés en séjours longs en Paca

•

Face à ce constat, trois objectifs sont retenus :

- créer un comité départemental pour coordonner la gérontopsychiatrie, en s'appuyant sur les réseaux sanitaires et médico-sociaux (professionnels et structures et intervenants du secteur libéral, associatif, sanitaire, médico-social et socila) ;
- mettre en place des équipes mobiles de coordination gérontopsychiatrique qui joueront un rôle majeur de liaison ;
- créer des unités hospitalières spécifiques de gérontopsychiatrie, pour faire bénéficier le patient d'une prise en charge de courte durée, à la fois somatique et psychiatrique.
•
•

Les personnes en situation de précarité

- développer, principalement sur les pôles urbains sensibles, les « équipes mobiles psychiatrie-précarité » pour aller au devant des personnes en situation de précarité et/ou sans domicile fixe.
- déployer sur Marseille le programme "Housing First", pour donner un accès immédiat et un logement permanent aux personnes sans-abri présentant des troubles psychiques.

Les personnes détenues

Le dispositif de prise en charge sanitaire mis en place dans les établissements pénitentiaires doit être intégré dans les projets d'établissement des établissements de santé et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
Le secteur de psychiatrie générale intervient à deux niveaux : lors de l'hospitalisation d'un patient détenu et lors de la prise en charge en amont et en aval de la détention. Une bonne articulation avec les équipes psychiatriques qui interviennent en prison est indispensable pour assurer des soins de qualité (cf. SROS volet soins aux personnes détenues).

Les patients souffrant d'addictions

Du fait de comorbidités très fréquentes entre troubles psychiatriques et addictions, les secteurs de psychiatrie participent au dispositif de soins en addictologie (niveaux de recours avec prises en charge spécialisées).

4.6.3.2 La Pédopsychiatrie

4.6.3.2.1 La périnatalité, la petite enfance et les jeunes enfants

La périnatalité

Les troubles psychiques des femmes pendant la grossesse et le post partum sont relativement fréquents (10 à 15%), accessibles à un traitement, souvent préoccupants et parfois prévisibles. Il convient de :

- structurer l'articulation entre les psychologues des maternités et les services de pédopsychiatrie ;
- organiser les prises en charge les mieux adaptées selon les opportunités territoriales : unité mère bébé à vocation régionale rattachée à un secteur de pédopsychiatrie, unité mère bébé rattachée à un service de pédiatrie avec participation active de la psychiatrie, unité mère bébé hôpital de jour et accueil à temps partiel spécifique, unité mobile pour permettre un travail à domicile, consultations spécialisées animées par une équipe pluridisciplinaire en liaison avec les maternités du secteur.

La petite enfance (3-6 ans) et les jeunes enfants (6-12 ans)

- Objectifs communs :

  - renforcer la place centrale des CMP ;
  - préciser la place du CATTP dans le dispositif de soins ;
  - poursuivre le développement des hôpitaux de jour ;
  - mieux définir en matière de soins et d'accompagnement, les complémentarités entre les dispositifs de secteurs sanitaires et médico social au moyen de conventions entre les CMP et d'autre part les Centres d'Accueil Médico Social Précoce (CAMSP) et les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP), en lien avec le secteur social et le schéma médico social.

- Objectifs spécifiques pour les jeunes enfants :

  - évaluer la place du placement familial thérapeutique (PFT) dans la palette des dispositifs de soins ;
  - évaluer le fonctionnement des unités de PFT existantes ;
  - renforcer les équipes de pédopsychiatrie de liaison intervenant dans les services de pédiatrie là où il existe un besoin non satisfait ;
  - mettre en place un groupe de travail sur la prise en charge en hospitalisation des enfants de moins de 12 ans ayant des troubles importants du comportement.

4.6.3.2.2 Les adolescents 12-18 ans

La prise en charge des adolescents suppose, un travail de réseau entre les services d'urgences générales, pédiatriques, psychiatriques, les services de pédiatrie, de psychiatrie générale et les consultations pour adolescents, ainsi que les acteurs du secteur social et médico-social, notamment pour renforcer la coordination des interventions auprès des adolescents en grande difficulté.

Il convient de :

- améliorer la continuité des soins depuis les urgences jusqu'aux soins ambulatoires ;
- permettre aux adolescents d'accéder à une consultation à proximité de leur lieu de vie : CMP infanto juvénile ou adulte (pour les plus de 16 ans), ayant une consultation spécifique pour adolescents ;
- organiser les articulations entre les CMP, les Espaces Santé Jeunes et les Maisons Des Adolescents (MDA) ;
- renforcer les équipes de pédopsychiatrie de liaison dans les services d'urgence et de pédiatrie, en fonction des territoires ;
- étudier le développement d'équipe mobile de pédopsychiatrie ;
- accueillir les adolescents de 12 à 18 ans dans toutes les structures d'hospitalisation à temps plein et à temps partiel de la région ;
- mettre en place des conventions entre les établissements publics et privés pour mieux faire face aux besoins d'hospitalisation des adolescents, y compris en urgence ;
- mieux définir les complémentarités entre le dispositif des secteurs sanitaires et le dispositif médico social et social en matière de soins et d'accompagnement ;
- assurer une meilleure articulation entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale pour prendre en charge les adolescents de 16 à 18 ans.

4.6.3.2.3 Centres de crise

En période de rupture violente, les enfants et adolescents en très grande difficulté nécessitent une prise en charge spécifique justifiant de la création d'un centre de crise sur les deux agglomérations de Marseille et de Nice.

4.6.3.3 Améliorer la qualité et l'efficience

4.6.3.3.1 Les dispositifs d'accompagnement

Faire face à la pénurie des personnels infirmiers dans les établissements de santé psychiatriques

La démographie infirmière, qui est en constante baisse dans les établissements de psychiatrie de santé publics et privés, nécessite d'améliorer et d'adapter la formation du personnel infirmier en psychiatrie pour valoriser et rendre attractive la spécialité.

Améliorer la connaissance

- Mettre en œuvre le groupement d'intérêt public (GIP) de recherche et d'épidémiologie en psychiatrie prévu dans le SROS 3.
-

4.6.3.3.2 L'éducation thérapeutique

Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique, notamment pour les troubles psychotiques, particulièrement auprès des populations vulnérables (y compris la population pénitentiaire).

Cette éducation thérapeutique peut se réaliser en maillant une démarche éducative de la part des médecins traitants et l'offre de programmes d'éducation thérapeutique structurés et autorisés par l'ARS.

4.6.4 Implantations par territoire

Le SROS 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.

- **Alpes de Hautes Provence**

	Modalité d'accueil	Implantations	Créations/Suppressions
PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète	1 site : Digne	*+ 1 site : Manosque*
	Hospitalisation de jour	5 sites : Digne (2), Forcalquier (1) Manosque (1), Sisteron (1)	*+ 2 sites : Digne, Manosque*
	Hospitalisation de nuit	1 site : Digne	*+ 1 site : Manosque*
	Placement familial thérapeutique	1 autorisation	
	Appartements thérapeutiques	1 autorisation	
	Centre de crise		
PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE	Hospitalisation complète		
	Hospitalisation de jour	3 sites : Château Arnoux, Digne (2), Manosque	*+ 1 site : Sisteron*
	Hospitalisation de nuit		
	Placement familial thérapeutique	1 autorisation	

Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

Psychiatrie générale

- délocalisation de lits d'hospitalisation complète sur Manosque avec possibilité HDN,
- développement des alternatives et de l'ambulatoire sur les zones les moins pourvues du territoire,
- externalisation d'un HDJ sur Digne.

Psychiatrie infanto-juvénile :

- évaluation locale de la proposition d'un hôpital de jour à Sisteron: opportunité de cette création ou d'un CATTP,
- renforcement de la collaboration avec le secteur 05I01 des Hautes Alpes et le secteur 13I08 d'Aix en Provence pour l'hospitalisation temps plein des adolescents.

- **Hautes Alpes**

	Modalité d'accueil	Implantations	Créations/Suppressions
PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète	4 sites : Briançon (2), Laragne, Mereuil	
	Hospitalisation de jour	2 sites : Briançon, Laragne	*+ 3 sites : Gap (2), Briançon*
	Hospitalisation de nuit	2 sites : Briançon, Laragne	*+ 1 site : Briançon*
	Placement familial thérapeutique	1 autorisation (Laragne)	*+ 1 autorisations : Briançon*
	Appartements thérapeutiques	1 autorisation (Laragne)	*+ 1 autorisations : Briançon*
	Centre de crise		
PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE	Hospitalisation complète	2 sites : Gap et Embrun	
	Hospitalisation de jour	4 sites : Briançon, Gap (2), Laragne,	
	Hospitalisation de nuit		*+ 1 site : Gap*
	Placement familial thérapeutique	1 autorisation	

Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

Psychiatrie générale

- externaliser les HJ situés intra-muros ;

Psychiatrie infanto-juvénile

- poursuite de la collaboration avec le secteur 04I01 des Alpes de Haute Provence, pour l'hospitalisation temps plein
- articulation à élaborer avec les lits de pédopsychiatrie autorisés sur Embrun
- analyse de l'activité d'hospitalisation complète de Gap en vue d'un éventuel redimensionnement

- **Alpes Maritimes**

	Modalité d'accueil	Implantations	Créations/Suppressions
PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète	11 sites : Antibes ; Nice (5) ; Saint André de la Roche, Grasse; Cannes ; Mougins ; Pégomas.	*+ 1 site : Menton*
	Hospitalisation de jour	16 sites : Antibes (1) ; Cagnes (1) ; Menton (2) ; Nice (8) ; Saint André de la Roche (1) Grasse, Cannes (2)	*+ 11 sites : Nice (5 dont 2 sur 06G07), Antibes (1)* *Pégomas,(1) Mougins (1), 3 sur les secteurs de Cannes et Grasse*
	Hospitalisation de nuit	3 sites : Antibes, Nice, Grasse	*+ 7 sites : Nice (4 dont 06G07) Cannes, Mougins, Pégomas)*
	Placement familial thérapeutique	1 autorisation : Nice	*+ 4 autorisations : Nice, Cannes, Grasse, Antibes*
	Appartements thérapeutiques	3 autorisations : Nice, Cannes, Grasse	*+ 2 autorisations : Nice, Antibes*
	Centre de crise	3 sites Antibes, Nice, Cannes	
PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE	Hospitalisation complète	2 sites : Nice (dont SIPAD)	
	Hospitalisation de jour	6 sites : Nice (3) ; Antibes (1) ; Cagnes, Cannes	+ 5 sites : Nice, Menton, 3 sites sur les secteurs de Cannes et Grasse
	Hospitalisation de nuit		+ 1 site Nice
	Placement familial thérapeutique		+ 3 autorisations (Antibes, Nice, Cannes)
	Centre de crise		+ 1 autorisation Nice

Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

<u>Psychiatrie Générale :</u>

- délocalisation de lits d'hospitalisation complète du secteur 06G13 à Menton ;
- externalisation des HDJ intra-muros

<u>Psychiatrie infanto-juvénile</u>

- externalisation de l'hôpital de jour pour adolescents intra-hospitalier situé à Nice

- **Bouches du Rhône**

	Modalité d'accueil	Implantations	Créations/Suppressions
PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète	**23 Sites** : La Penne/Huveaune(1), Martigues, St Victoret (1), Marseille (13*) Allauch (1) La Bouilladisse (1), Arles (1), Saint Rémy (1) Aix (2), Bouc Bel Air	***+ 2 sites** : Marseille (géronto psy), Salon* *- 2 sites : Marseille*
	Hospitalisation de jour	**30 sites** : Aubagne (2), La Ciotat, Martigues, Marignane, Marseille (15), Port de Bouc, Arles , *Salon* Aix (2), Gardanne, Miramas, Trets, Vitrolles, Pertuis	***+ 18 sites** : Marseille (7) dont 13G01, 13G05, 13G 06, 13G 07,St Victoret, La Penne s/ Huveaune, Allauch, La Bouilladisse, Aix (3), Bouc Bel Air, Saint Rémy, 13G 26 (2)*
	Hospitalisation de nuit	**6 sites** : Marseille (3), Martigues, Saint Victoret, Aix	***+ 12 sites** : Marseille (6), La Bouilladisse, La Penne sur Huveaune, Allauch, Arles, Aix, Bouc Bel Air*
	Placement familial thérapeutique	**5** autorisations : Marseille (2), Martigues, Arles, Aix en Provence	***+ 1** autorisation Marseille*
	Appartements thérapeutiques	**3** autorisations : Aix en Provence, Marseille (2)	***+ 3** autorisations (Marseille, Martigues et Arles)*
	Centre de crise	**4 sites** : Marseille (2) , Aix, Salon	
PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE	Hospitalisation complète	**5 sites** : Marseille (2), La Penne sur Huveaune, St Victoret, Aix en Provence	+ 1 site Marseille - 1 site (La Penne sur Huveaune)
	Hospitalisation de jour	**17 sites** : Aubagne, Martigues, La Ciotat, Marseille (9), St Victoret, Arles, Aix, Vitrolles, Salon	***+ 9 sites** : Marseille (3) (13I06, 13I01, 13I02), 13I10 , 13I03,13I07 13I08, 13I11 (2),*
	Hospitalisation de nuit		***+ 4 sites** : Marseille (2), St Victoret, Aix*
	Placement familial thérapeutique	**1 autorisation** (Arles)	***+ 5** autorisations : Marseille (3), Martigues, Aix en Provence*
	Centre de crise		***+ 1** autorisation Marseille*

- * dont l'HIA Laveran
-

Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

Psychiatrie générale

- implantation des lits sur Salon par délocalisation des lits intra hospitaliers du CH concerné ;
- création d'une unité de géronto psychiatrie à Marseille dans un établissement sanitaire de gériatrie ***(création autorisée et non installée) ;***
- conversion de deux sites d'ex post cure à l'issue de leur autorisation dérogatoire en structures médico sociales ;
- externalisation des HDJ intra-muros.

Psychiatrie infanto-juvénile

- réflexion sur l'externalisation des HDJ intra-muros ;
- regroupement de trois structures pour adolescents existantes sur un site unique à Marseille ;
- une collaboration devra être établie entre le secteur 13I08 et le secteur 04I01.en ce qui concerne l'hospitalisation complète des adolescents des Alpes de Haute Provence.

- **Var**

	Modalité d'accueil	Implantations	Créations/Suppressions
PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète	13 sites : Hyères, La Seyne, Ollioules, Pierrefeu, Solliès Toucas, Toulon (3*), La Crau, le Revest Les Eaux Cogolin, Draguignan, Fréjus	*+ 2 sites : Brignoles., Callians* *- 1site : Toulon*
	Hospitalisation de jour	13 sites : Brignoles (2), Hyères (2) , La Garde , La Seyne , Toulon, Pierrefeu, Solliés Toucas , Ollioules, Draguignan, Fréjus, Cogolin (83G10)	*+ 11 sites : Toulon (2) : 83G01, 83G03, St Maximin (83 G 09) , La Seyne (83 G 05), Le Revest les Eaux, La Crau* *Cogolin, 83G10- 83G11-83G12-83G13*
	Hospitalisation de nuit	1 site : Toulon	*+ 10 sites : Pierrefeu, La Seyne, Ollioules, Solliés-Toucas, Le Revest les Eaux, La Crau, Brignoles* *Draguignan, Fréjus, Cogolin*
	Placement familial thérapeutique	1 autorisation (Pierrefeu)	*+ 3 autorisations : Toulon, Draguignan, Fréjus*
	Appartements thérapeutiques	1 autorisation (Pierrefeu)	*+ 3 autorisations : Toulon, Draguignan, Fréjus*
	Centre de crise	1 site : Toulon	
PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE	Hospitalisation complète	4 sites : Pierrefeu, La Garde, Toulon, Fréjus	*- 1 site : Pierrefeu*
	Hospitalisation de jour	8 sites: Brignoles, Hyères, La Seyne, Pierrefeu, La Garde Cogolin, Fréjus, Trans en Provence	*+ 4 sites : Pierrefeu, Toulon, secteur 83I03 , Draguignan*
	Hospitalisation de nuit		*+ 3 sites : Toulon, La Garde, Fréjus*
	Placement familial thérapeutique	2 autorisations : Toulon, Pierrefeu	*+ 1 autorisation :Fréjus*

dont l' HIA Sainte Anne

Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

Psychiatrie générale

- Externalisation des H.DJ. de psychiatrie générale intra muros,
- Hospitalisation complète : regroupement partiel de deux établissements privés (Toulon, Le Revest), sur un seul site au Revest Les Eaux,
- Hospitalisation complète : délocalisation de lits de Pierrefeu sur Brignoles ***(création autorisée et non installée),***
- Réflexion à mener sur le transfert de lits d'hospitalisation complète en provenance d'une clinique privée des Bouches du Rhône sur l'Est du département,
- Réflexion à mener sur le transfert sur l'Est du département de lits d'hospitalisation complète en provenance d'une clinique privée des Bouches du Rhône.

Psychiatrie infanto-juvénile

- Fermeture de l'unité d'hospitalisation complète actuellement implantée à Pierrefeu et renforcement des activités extrahospitalières du secteur 83 I 03, notamment sur Saint Maximin ;
- Externalisation de l' HDJ. de PIJ située en intra muros à Pierrefeu .

- **Vaucluse**

	Modalité d'accueil	Implantations	Créations/Suppressions
PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète	4 sites : St Didier, Montfavet, Apt, Vaison	*+ 3 sites : Carpentras, Orange, Cavaillon*
	Hospitalisation de jour	20 sites : Apt, Avignon (5), Bollène, Chateaurenard, Carpentras (2), Isle sur La Sorgue, Montfavet (2), Orange (2), St Didier, St Rémy, Sorgues, Vaison, Valréas,	*+ 3 sites : Orange, Carpentras, Cavaillon,*
	Hospitalisation de nuit	1 site : Montfavet	*+ 5 sites : Avignon, Orange, Carpentras, Cavaillon, St Didier,*
	Placement familial thérapeutique	1 autorisation : Montfavet	
	Appartements thérapeutiques	1 autorisation : Montfavet	
	Centre de crise	1 site : Apt	*+ 3 sites Avignon, Orange, Cavaillon*
PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE	Hospitalisation complète	3 sites : Montfavet (2), Le Thor	*- 1 Montfavet*
	Hospitalisation de jour	10 sites : Avignon (2), Lioux, Châteaurenard, Pernes, Piolenc, Vaison, Velleron, Montfavet ville, Montfavet,	*+ 2 sites : 84I01 (1) 84I02 (1)*
	Hospitalisation de nuit		*+ 1 autorisation : Montfavet*
	Placement familial thérapeutique	1 autorisation : Montfavet	

Recompositions nécessaires à la réalisation du schéma

Psychiatrie générale

- évolution de l'hospitalisation complète du département : délocalisation de lits sur Orange, Carpentras et Avignon; centre de crise sur Orange, Avignon et Cavaillon ***(créations autorisées et non installées) ;***
- transformation éventuelle selon l'activité réalisée (HDJ/CATTP) selon l'analyse des données du RIM Psy ;
- poursuite de l'externalisation des HDJ intra muros.

Psychiatrie infanto-juvénile

- externalisation de l'unité d'hospitalisation complète intra muros sur l'unité extra hospitalière existante ;
- externalisation des HJ intra muros (84I01, 84I02) et regroupement des H.J.de faibles capacités ;
- analyse de l'activité de l'HAD via les données du RIM P, pour une éventuelle requalification en CATTP.

4.6.5 Tableau de bord de suivi de l’activité

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement d’autorisation (sur les trois dernières années).

- nombre de journées d’HC en psychiatrie et nombre de venues en HDJ, en psychiatrie générale et en PIJ ;
- taux de ré hospitalisation dans les 30 jours pour un problème de santé mentale dans l’année ;
- file active en HC et file active en extra hospitalier~~,~~
- proportion des personnels affectés sur l'extra hospitalier ;
- nombre de visites à domicile (ou substitut) faites à partir des secteurs ;
- nombre de patients hospitalisés ayant pu accéder à un logement accompagné dans l'année ;
- nombre de patients hospitalisés ayant fait l'objet d'un placement en structure médico-sociale dans l'année ;
- dépenses en euro par habitant pour les services de psychiatrie publics ;
- nombre de patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d’un an par territoire de santé ;
- évolution du taux d’hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé.

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

4.7 Soins de suite et de réadaptation

4.7.1 Contexte

4.7.1.1 Un nombre élevé de lits de SSR et un nombre élevé de structures de faible capacité

160 implantations de SSR adultes sont autorisées au 31/01/2011

SSR ADULTES PAR TERRITOIRE	T 04		T 05		T 06		T 13		T 83		T 84	
Modalités de prise en charge	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ
Total implantations dont autorisations spécialisées :	*14*	*2*	*12*	*3*	*35*	*6*	*56*	*20*	*25*	*10*	*16*	*3*
•affections de l'appareil locomoteur	3	1	2	2	6	5	8	11	6	5	4	1
•affections du système nerveux	1	-	1	1	4	4	8	7	4	3	1	1
•affections cardiovasculaires	-	1	1	2	2	-	5	5	2	3	1	1
•affections respiratoires	-	1	2	2	1	-	2	2	2	1	1	-
•affections du système digestif, métabolique et endocrinien	-	1	1	1	2	1	5	2	1	1	-	-
•affections liées aux conduites addictives	-	-	1	-	1	-	2	-	1	-	-	-
•affections onco hématologiques	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
•affections des brûlés	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
•affections de la personne âgée poly pathologique dépendante ou à risque de dépendance	2	-	3	-	8	-	13	-	8	-	4	-

Ne sont pris en compte ni l'hôpital San Salvadour (qui dépend de l'AP-HP et qui n'a pas déposé de demande d'autorisation dans la région PACA en 2010) ni les établissements ayant bénéficié d'une autorisation dérogatoire pour 2011.

14 implantations de SSR sont autorisées pour la prise en charge des enfants et adolescents dont 5 avec activité spécifique enfants adolescents exclusive

SSR ENFANTS PAR TERRITOIRE	T 04		T 05		T 06		T 13		T 83	
Modalités de prise en charge	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ	HC	HdJ
Total implantations dont autorisations spécialisées :	-	*2*	*3*	-	*2*	*2*	*1*	*2*	*5*	*4*
•affections de l'appareil locomoteur		1					1	2	2	2
•affections du système nerveux	-	-	-	-	-	-	1	2	2	2
•affections respiratoires	-	-	3	-	-	-	-	-	1	1
•affections du système digestif, métabolique et endocrinien	-	1	-	-	1	1	-	-	1	1
•affections des brûlés	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1

Capacités

La région PACA dispose d'un équipement en lits supérieur à la moyenne nationale. Seul le département de Vaucluse conserve un taux inférieur à cette moyenne (source DREES, SAE 2009) **:**

- taux d'équipement moyen régional : 2,37 lits et 0,12 place pour 1000 habitants ;
- taux d'équipement moyen national : 1,69 lit et 0,12 place pour 1000 habitants.

Capacités adultes
(Source SAE 2010) rapportées à la population (source INSEE 2008)

Territoire (Département)	Nombre de lits adultes (>19 ans)	Ratio pour 1000 adultes	Nombre de places adultes (>19 ans)	Ratio pour 1000 adultes
04	462	3,80	5	0,04
05	769	7,47	30	0,29
06	2226	2,63	37	0,04
13	3777	2,54	301	0,20
83	2265	2,91	160	0,21
84	658	1,62	0	0,00
Région	10157	2,72	533	0,14

<u>Il existe encore de fortes disparités d'équipement entre les 6 territoires de santé</u>
(7,5 lits SSR/1 000 adultes dans les Hautes Alpes versus 1,6 lits dans le Vaucluse).
L'équipement du Var est proche du ratio moyen régional pour 1 000 habitants de plus de 19 ans (2,7 lits et 0,14 place).

Un nombre élevé de structures de faible capacité
19 structures ne disposent pas d'une capacité de 30 lits dans le champ sanitaire (capacités SSR et médecine confondues).

Capacités enfants-adolescents
(Source SAE 2010)

Territoire (Département)	Nombre de lits enfants (≤19 ans)	Nombre de places enfants (≤19 ans)
04	5	0
05	319	0
06	105	30
13		0
83	426	35
84		0
Région	855	65

A noter que ce tableau ne prend pas en compte les évolutions intervenues en 2011.
Dans l'analyse de la réponse aux besoins, l'indicateur de capacités en lits devra être complété par la prise en compte de la durée du séjour et de la lourdeur de la prise en charge.

4.7.1.2 Un taux de recours régional élevé en hospitalisation complète

Le taux de recours régional en SSR rend compte du recours à l'offre pour la population domiciliée en PACA, quelque soit le lieu de réalisation des séjours. Il reflète la consommation de la population.

Globalement, la consommation en SSR en hospitalisation complète des habitants de la région PACA est supérieure de 30% à la moyenne nationale.

En effet le taux de recours 2009 standardisé pour 10 000 habitants est de 6 718 journées /an au niveau régional versus 5 279 journées /an au niveau national.
A l'exception du Vaucluse (dont le taux de recours standardisé est de 4 892,7) cette « surconsommation » se retrouve sur tous les autres territoires de santé de PACA mais avec des variations notables.

A l'inverse, en hospitalisation à temps partiel, le taux de recours régional se situe un peu en deçà du taux national.

4.7.1.3 Un solde attractivité – fuite positif

- L'essentiel de l'attractivité intra régionale (60%) est liée à l'activité des établissements des Hautes Alpes et des Bouches du Rhône.
  L'attractivité extra régionale, production réalisée au bénéfice de patients résidant en dehors de la région Paca, concerne essentiellement deux territoires : Hautes Alpes et Vaucluse.
  Elle est particulièrement élevée pour les enfants et adolescents.

- Les fuites extra régionales mesurées par le nombre de journées consommées par les habitants de la région PACA en dehors de leur région (250 505 journées) sont très inférieures au nombre de journées produites par les établissements de SSR implantés en PACA au bénéfice d'habitants d'autres régions (330 706 journées) pour un total de 3 615 487 journées produites en 2009 en PACA.

Au total, le solde attractivité – fuite est de + 2% pour l'ensemble de la région.

4.7.2 Orientations générales

4.7.2.1 SSR adultes

4.7.2.1.1 Préconisations générales

Améliorer l'accès aux soins

- Disposer d'une offre régionale organisée en filières avec :
  - un maillage de proximité sur chaque territoire de santé pour les activités de SSR non spécialisées, afin de répondre au mieux aux objectifs de réadaptation et de réinsertion ;
  - une répartition équilibrée des activités de SSR spécialisées qui assurent des fonctions de recours et d'expertise auprès des autres SSR, à l'échelle du territoire, de la région ou de l'inter-région ; ces activités spécialisées doivent être compatibles avec des volumes d'activité permettant de disposer des compétences médicales, des équipes pluridisciplinaires et des plateaux techniques conformes aux décrets.

- Favoriser le passage entre structures de court séjour et structures de SSR par :
  - le développement d'accords de coopération qui seront évalués annuellement ;
  - la généralisation à l'ensemble des territoires de santé du module informatique spécifique du ROR, ce qui permettra de garantir l'adéquation entre le besoin des patients et leur orientation, grâce à une meilleure connaissance de l'offre de soins régionale en SSR, intégrant les mentions spécialisées autorisées.

- Faciliter par une communication auprès des libéraux l'accès direct aux SSR, notamment :
  - pour les personnes qui y ont déjà été accueillies et qui nécessitent une réévaluation de leur état et / ou de leur projet thérapeutique ;
  - pour les personnes fragiles qui ne nécessitent pas de bilans complexes mais une prise en charge ponctuelle renforcée permettant ainsi d'éviter un passage aux urgences et un engorgement du court séjour.

Améliorer la qualité des soins

- Préparer l'admission en SSR par l'évaluation préalable des besoins du patient : pour les cas difficiles, organisation d'une évaluation pluridisciplinaire des demandes d'admission et, si possible, consultation avancée d'un membre de l'équipe du SSR en court séjour.

- Elaborer un projet thérapeutique et social individualisé :
  - en impliquant l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, le patient et / ou sa famille, ainsi que le médecin prescripteur de la prise en charge en SSR ;
  - en respectant les bonnes pratiques de prise en charge basées sur les référentiels de la Haute Autorité de Santé et des sociétés savantes.

- Organiser des consultations avancées de spécialistes du court séjour en SSR pour répondre à des besoins spécifiques.

- Promouvoir l'Education Thérapeutique du Patient en hospitalisation de jour pour les pathologies prioritaires et structurer selon les textes l'éducation thérapeutique mise en place au sein des établissements de SSR.

- Préparer et accompagner la réinsertion, notamment par :
  - des échanges d'informations avec le médecin traitant (compte rendu d'hospitalisation, traitement, …) ;
  - l'organisation de l'admission en structure médicosociale avec des temps d'échanges formalisés et protocolisés ;

- l'organisation du retour à domicile qui doit prendre en compte, dès l'entrée en établissement, la dimension médicale et sociale, les possibilités d'adaptation du logement et les possibilités de recours aux aidants (famille, équipes mobiles, SSIAD, réseaux de santé, CLIC, SAMSAH, MDPH …) ;
- l'intervention, si nécessaire, des membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les lieux de vie du patient.

Améliorer l'efficience

- Développer des alternatives de prise en charge en substitution ou en complément de l'hospitalisation complète :
  - sont concernées au premier chef les prises en charge spécialisées des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, des affections cardiovasculaires, de l'appareil respiratoire et du système digestif, métabolique et endocrinien ;
  - l'implantation de ces structures d'hospitalisation à temps partiel doit se faire à proximité immédiate des structures d'hospitalisation temps plein situées dans les bassins de vie les plus importants (les durées de transport ne devant pas, dans la mesure du possible, excéder 30 minutes ni les trajets 50 kms) ;
  - les locaux d'accueil et d'hébergement ainsi que le personnel doivent être dédiés à titre exclusif à l'hôpital de jour, une partie du plateau technique pouvant être partagée avec l'hospitalisation complète par le biais d'utilisation de créneaux horaires spécifiques, notamment pour les enfants et adolescents.

- Promouvoir les restructurations de telle manière que la taille des établissements leur permette de mettre en place une organisation garantissant la qualité et la sécurité des soins dans le respect de l'efficience.
  Il paraît nécessaire de tendre vers des tailles critiques minimales de l'ordre de 30 lits et places si les secteurs de SSR sont « adossés » à d'autres services ou 60 lits et places si l'établissement exerce une activité de SSR exclusive.
  Exceptionnellement, et uniquement en cas d'isolement géographique, une offre de proximité pourra être maintenue dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins.

- Favoriser la communication et la coordination avec les professionnels libéraux pour développer les pratiques préventives et éviter notamment les ré-hospitalisations.

- Favoriser la communication et la coordination avec les structures médico-sociales (SSIAD, établissements et services pour personnes âgées, pour personnes handicapées) par :
  - la formalisation de conventions régulièrement évaluées entre SSR et structures d'aval, favorisant les échanges dans un partenariat équilibré et engageant les structures d'aval à établir, en cas d'hospitalisation du patient, une fiche de liaison contenant tous les éléments utiles;
  - la possibilité, pour les deux types de structures, d'accéder, par l'intermédiaire du ROR, à l'ensemble des ressources tant médico-sociales que des SSR.

Garantir l'accessibilité financière pour le patient

Chaque établissement de SSR doit s'engager à garantir, tout au long du parcours patient et quelle que soit la spécialité concernée, une équité sociale dans l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. Il doit notamment fournir une information précise sur ses tarifs hôteliers (et ne facturer les suppléments afférents que dans le cadre d'une demande exprimée par le patient ou son entourage) et décrire, dans son contrat d'objectifs et de moyens, l'ensemble des mesures mises en œuvre pour garantir l'accessibilité financière.

4.7.2.1.2 Préconisations par spécialité

Affections de l'appareil locomoteur

Ce type d'établissement s'adresse essentiellement aux patients nécessitant une rééducation pluridisciplinaire et intensive, des soins d'appareillage, une surveillance et un traitement médical important ; ces structures sont référentes par rapport aux spécialités médicales qu'elles développent et par rapport aux autres établissements SSR qui n'assurent pas cette prise en charge spécialisée.

Chacun des six territoires de santé dispose déjà de cette offre spécialisée en hospitalisation complète.

Il y a lieu:

- d'assurer un maillage territorial plus harmonieux par délocalisation d'une des structures de la zone marseillaise sur la zone de Martigues et par transfert d'un site avignonnais au profit de la zone nord du Vaucluse ;
- d'optimiser et de fluidifier cette offre spécialisée par le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein avec :
  - l'hospitalisation de jour ;
  - l'hospitalisation à domicile pour les patients porteurs d'affections de l'appareil locomoteur graves et invalidantes ;
  - les prises en charge en ambulatoire en substitution à l'hospitalisation de jour dans les situations recommandées par l'HAS.
- de mettre en place des équipes mobiles pluri disciplinaires pouvant se rendre au domicile des patients sur indications et suivi du médecin spécialisé en médecine physique et rééducation qui intervient dans l'établissement de SSR spécialisé.

Outre les éléments de la fiche A annexée a la circulaire N° DHOS/01/2008/305, seront considérés comme facteurs de qualité:

- l'élaboration et l'application de programmes de soins, à partir des parcours de soins validés par les sociétés savantes (SOFMER, SOFCOT…) et ce, dans le respect des recommandations de l'HAS ;
- l'importance de la part d'activité post traumatologique dans l'activité totale des affections de l'appareil locomoteur ;
- une politique d'information sur :
  - la prévention des accidents de toute nature : AVP, accidents domestiques, AT, accidents sportifs pouvant associer des partenariats avec différents organismes (sécurité routière …) ;
  - la prévention, le dépistage et le traitement de l'ostéoporose et des affections ostéomusculaires chroniques recommandés dans le cadre OMS de la « Bone and joint Decade » ;
  - la prévention des chutes, notamment chez les personnes âgées ;
- l'éducation thérapeutique du patient en application des décrets du 2 août 2010 (école du dos par exemple) ;
- l'aide au retour et au maintien à domicile :
  - le développement des aides techniques et humaines, en relation avec les MDPH ;
  - le développement de dispositifs fluidifiant et sécurisant le retour des patients vers une vie familiale, sociale et si possible professionnelle, ce point incluant la notion de qualité de vie ;
- le développement de la formalisation et du suivi des conventions avec les structures d'aval, essentiellement médico-sociales pour les patients qui nécessitent leurs services.

Affections neurologiques

Ce type d'établissement s'adresse essentiellement aux patients nécessitant une rééducation complexe et intensive, des soins d'appareillage, une surveillance et un traitement médical important par accès à un médecin spécialiste en MPR et à un neurologue.

Chacun des six territoires de santé dispose déjà de cette offre spécialisée en hospitalisation complète. Cependant, il est nécessaire de mieux répondre aux besoins de prise en charge des patients cérébrolésés, soit en état d'éveil, soit en état végétatif persistant, en réorientant des capacités existantes vers ce domaine. Pour ce faire, une étude de ces besoins spécifiques sera entreprise sur l'ensemble des territoires de la région.

Il y a lieu:

- d'optimiser et de fluidifier cette offre spécialisée par le développement des alternatives à l'hospitalisation sous forme d'hospitalisation de jour mais également sous la forme d'hospitalisation à domicile pour les patients porteurs d'une affection neurologique grave et invalidante ;
- de développer les prises en charge en ambulatoire en substitution à l'hospitalisation de jour dans les situations recommandées par l'HAS ;
- de mettre en place des équipes mobiles pluri disciplinaires pouvant se rendre au domicile des patients sur indications et suivi du médecin MPR de l'établissement SSR référent ;
- de développer sur chaque territoire de santé des liens entre les établissements et l'ensemble des structures médico-sociales et sociales (CMP, SSIAD, FAM, MAS, UEROS, SAMSAH, MDPH…) pour permettre de faciliter le retour à domicile et, si possible, la réinsertion sociale et professionnelle.

Outre les éléments de la fiche B) annexée à la circulaire N°DHOS/01/2008/305, seront considérées comme facteurs de qualité les actions concourant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de la sécurité des soins et de la qualité de vie des patients neurologiques :

- la préparation et l'aide au retour à domicile par au moins une visite à domicile préalable effectuée par l'ergothérapeute en accord avec le patient et/ou sa famille afin de vérifier l'accessibilité et y apporter toute solution économiquement acceptable, en relation avec les MDPH et en y développant les apports de la domotique ;
- le suivi et la prévention des chutes ;
- la prise en charge des troubles de la spasticité ;
- la mise en œuvre de filières de soins dédiés aux affections neurologiques, notamment dans le cadre du plan AVC 2011-2014, par rapprochement des établissements médico sociaux de proximité et par conventionnement avec les unités neurovasculaires (UNV) ;
- le développement de l'éducation thérapeutique du patient neurologique par la mise en œuvre d'actions formalisées et si possible de programmes agréés par l'ARS ;
- la réalisation au sein de la structure d'un modèle d'appartement thérapeutique et de lieu de vie modulable géré par les ergothérapeutes ;
- la mise en place de consultations pluridisciplinaires de suivi pour l'appareillage en neurologie, les aides techniques, l'attribution de fauteuils roulants électriques ;
- en cas de besoin d'aide au maintien ou au retour à l'emploi, la participation à un réseau national, directement ou par convention avec un établissement référent pratiquant la Démarche Précoce d'Insertion professionnelle ou DPI (en cours de labellisation auprès de la HAS) ;
- le développement au sein des structures du rôle des associations d'usagers : AVC, TC, aphasiques, SEP, APF… ;
- la mise en place d'un référent éthique ou mieux d'un comité d'éthique.

Affections cardiovasculaires

Ce type d'établissement s'adresse à des patients présentant un risque élevé de complications et/ou de décompensations au cours de la réadaptation cardiovasculaire.

La prise en charge de patients au décours immédiat d'une prise en charge en post opératoire précoce obligera à privilégier des modalités de prise en charge et de surveillance qui permettent d'assumer les trois niveaux de risque définis par la Société Française de Cardiologie.

Une unité de réadaptation cardiaque doit proposer la prise en charge de l'ensemble des facteurs et des comportements à risques, parallèlement aux traitements médicamenteux de l'HTA, des dyslipidémies, du diabète,…
Il est indispensable de disposer de professionnels de santé compétents pour les activités suivantes :

- ré entraînement à l'effort, complété par un ré entraînement global (séances de gymnastique conventionnelle, natation ...) ;
- consultations individuelles de sevrage tabagique ;
- prise en charge nutritionnelle dispensée par des diététiciennes, sous forme de séances collectives (théoriques et pratiques) et d'entretiens individuels chez les patients présentant des problèmes nutritionnels précis (obésité, diabète..) ;
- prise en charge psychologique collective (sous forme de séances de détente, de sophrologie, groupe de parole …) ou individuelle ;
- ré insertion socio professionnelle,
- séances d'information et d'éducation thérapeutique multidisciplinaires.

Outre les éléments cités à divers titres dans la fiche C de l'annexe à la circulaire N°DHOS/01/2008/305, seront considérés comme facteurs de qualité :

- la mise en place d'une garde médicale sur place et d'une astreinte de cardiologue en cas de recrutement post chirurgical supérieur à 50% du recrutement total ;
- l'inscription dans une filière de soins associant le service de cardiologie aiguë, le cardiologue du patient, ainsi que son médecin traitant ;
- la mise en place d'outils partagés de communication et de suivi (carnet de liaison détenu par le patient contenant les données principales concernant les examens et la prise en charge thérapeutique) ;
- la possibilité de faire appel aux compétences de spécialistes d'autres domaines (angéiologue, pneumologue, diabéto-endocrinologue, chirurgien dentiste) ;
- l'échange d'informations avec la médecine du travail et/ou des centres de reclassement professionnel.

Compte tenu de la diminution annoncée de la démographie des cardiologues, de la nécessité de s'inscrire dans une filière de prise en charge cardiologique incluant les urgences cardiologiques et les courts séjours, de la nécessité d'atteindre une certaine masse critique en volume, le besoin dans cette spécialité, en hospitalisation complète, doit s'apprécier sur une aire géographique suffisamment dimensionnée (territoriale voire interterritoriale).

A l'inverse, il y a lieu de promouvoir le développement de l'hospitalisation de jour dans les zones urbaines à forte densité de population et à proximité de plateaux techniques conséquents. Ce mode de prise en charge est d'autant plus intéressant qu'il concerne souvent des patients jeunes exerçant toujours une activité professionnelle, dont le traitement dans leur milieu de vie habituel avec un étalement des séances dans le temps permet de modifier durablement les comportements à risque.

Affections de l'appareil respiratoire

La prise en charge spécialisée des affections de l'appareil respiratoire s'adresse aux patients les plus lourds, notamment à ceux atteints de broncho pneumopathies obstructives chroniques de stades 3 et 4, d'asthme difficile, ou d'autres pathologies respiratoires nécessitant une rééducation complexe et intensive.

Ce type d'établissement n'a donc pas vocation, en hospitalisation complète, à être présent sur l'ensemble des territoires de santé car il doit se situer à proximité des plateaux techniques lourds de court séjour afin de pouvoir recevoir des patients sortant des services de réanimation avec lesquels ils doivent passer convention.

A l'inverse, une offre en hospitalisation à temps partiel est recommandée dans la majorité des territoires.

Outre les éléments de la fiche D) annexée a la circulaire N°DHOS/01/2008/305, seront considérées comme facteurs de qualité les actions réalisées dans :

- la formation continue du personnel à la prise en charge des insuffisants respiratoires sévères (soins de trachéotomie, aspiration bronchique, administration d'aérosols, mesure des gaz du sang) ainsi qu'à la gestion des différents appareils d'assistance ventilatoire ;
- la mise en place d'aide au retour à domicile ;
- la mise en place de protocole d'éducation thérapeutique ;
- la mise en place d'une information de lutte antitabac.

Affections du système digestif, métabolique et endocrinien

Le recours à une structure spécialisée pour la prise en charge de ces affections est motivé par des besoins identifiés très spécifiques liés :

- à l'existence ou à la décompensation d'une pathologie installée et sévère telle que obésité massive avant ou après chirurgie bariatrique, dénutritions sévères et complexes, obésité et diabète compliqués ;
- à la nécessité d'une prise en charge précoce ;
- à l'existence d'une situation à risques ;
- à toutes situations requérant nécessairement une approche multidisciplinaire (médicale, diététique, physique, psychologique et si besoin sociale) ainsi qu'une évaluation régulière de leur prise en charge, souvent prolongée.

L'accès à un endocrinologue - diabétologue est recommandé si le médecin coordonnateur est gastro-entérologue et inversement. Par ailleurs, la structure doit s'attacher les compétences de spécialistes permettant la gestion des complications les plus graves.

L'organisation des soins repose sur un projet thérapeutique personnalisé, structuré et formalisé en tenant compte des prises en charge en amont et en aval. La stratégie thérapeutique nécessite d'avoir recours à des actions formalisées et, si possible, des programmes d'éducation thérapeutique agréés par l'ARS, après un diagnostic éducatif et l'élaboration d'un contrat de soins. Outre les moyens humains, les établissements doivent disposer d'une cuisine éducative, de salles d'éducation de groupe, d'équipements sportifs intérieur et extérieur.

Les éléments de la fiche E annexée à la circulaire N° DHOS/01/2008/305 constituent dans tous les cas des facteurs de qualité de la prise en charge.
La prise en charge en hospitalisation à temps partiel pourra être réalisée dans toutes les structures autorisées en hospitalisation complète, un transfert partiel d'activité devant s'opérer de l'hospitalisation à temps plein vers l'hospitalisation à temps partiel lorsque l'implantation géographique de la structure le permet (accès facilité, au sein d'un bassin de vie conséquent). Ce type d'hospitalisation sera proposé dans les cas où l'état de santé du patient l'autorise, soit sous forme de séjours d'initiation soit en renforcement du suivi ambulatoire.

Une offre de soins spécialisée a été autorisée sur chacun des territoires sauf sur le Vaucluse. Celui-ci, en s'appuyant sur les services spécialisés de court séjour, devra aussi pouvoir proposer une offre en hospitalisation temps partiel.

Le besoin en hospitalisation complète dans cette spécialité relève donc de l'inter territorialité et devra s'organiser sur le plan régional autour de deux pôles :

- un pôle Alpes - Provence (territoires 04, 05, 13 et 84) ;
- un pôle Côte d'Azur (territoires 06 et 83).

Les pathologies concernées comprennent les affections du système digestif, métabolique et endocrinien ; leurs prises en charge peuvent être différentes, dans chacune de ces catégories d'affections (notamment la prise en charge d'une stomie, d'une alimentation entérale ou parentérale, des complications sévères du diabète) toutefois elle doit pouvoir être réalisée sur chacun des deux pôles (dans au moins deux structures spécialisées sur le pôle Alpes - Provence et une sur le pôle Côte d'Azur).

Affections onco hématologiques

La prise en charge spécialisée des affections onco hématologiques est limitée aux adultes atteints d'hémopathies malignes, la prise en charge des patients atteints de cancer devant être possible dans toutes les structures autorisées en SSR.
Elle ne concerne donc qu'un nombre limité de patients et doit se situer à proximité des centres hyperspécialisés (centres hospitaliers universitaires, centres de lutte contre le cancer).
L'admission dans ce type d'établissement est liée soit à un état instable nécessitant un suivi médical quotidien spécialisé, soit à la nécessité d'assurer le traitement et/ou sa surveillance quand les contraintes thérapeutiques, sociales et/ou l'éloignement territorial ne permettent pas un retour rapide au domicile.
Ce type d'établissement doit être adhérent d'un réseau de cancérologie, tel que mentionné au 1er de l'article R 6123-88 du code de Santé Publique.

S'inscrivant dans le cadre d'une filière de soins hématologiques, il doit passer convention avec les services de court séjour de cette spécialité pour préciser les modalités :

- d'échange de l'information médicale ;
- de transfert des patients ;
- de coopération des équipes soignantes (mise a disposition par le court séjour de temps médical dans les services de SSR, intervention du médecin qualifié du SSR dans le court séjour en amont du placement afin d'élaborer un projet thérapeutique conjoint) ;
- de formation du personnel soignant du SSR.

Affections des grands brûlés

La spécificité de la filière des brûlés tient d'abord à la nécessité d'avoir à « fabriquer » de la compétence pluridisciplinaire assise sur de petites masses critiques, ce que prend en compte l'organisation régionale actuelle qui repose sur un établissement de SSR adultes spécialisé dans la prise en charge des grands brûlés, lié par convention aux deux centres de traitement des grands brûlés de la région.(Marseille et Toulon)

Il y a lieu :

- d'assurer une efficience accrue :
    - par une organisation optimisée de la prise en charge qui passe par l'obtention d'une plus grande exhaustivité du nombre de patients brûlés grâce à un meilleur dispositif d'orientation vers la filière spécialisée ;
    - par la mise en place de consultations pluridisciplinaires associant des membres des équipes médicales du centre de traitement des brûlés et du SSR spécialisé mais également des paramédicaux et d'autres intervenants concourant à la réinsertion sociale et professionnelle ;

- par la participation à une collecte de données (circonstances et origine des brûlures, origine socio démographique des patients, etc..) .

- d'améliorer l'accès aux soins en développant les prises en charge ambulatoires pour des consultations de suivi ou des traitements itératifs pour des brûlures de moindre gravité.

Affections liées aux conduites addictives

Ces établissements de SSR spécialisés s'adressent aux patients présentant une addiction avec mésusage sévère, une dépendance avec souvent poly consommations et des difficultés sociales et psychologiques. Ils s'inscrivent dans la filière hospitalière de soins en addictologie définie par la circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 et constituent une des composantes des structures addictologiques de recours de niveau 2.
La prise en charge spécialisée vise à consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation des patients. Elle représente un temps intermédiaire de prise en charge résidentielle entre les soins aigus et le suivi ambulatoire. Elle propose un projet thérapeutique médico psycho social.

La politique médicale de ces établissements est initiée et assurée par un médecin coordonnateur qui, comme l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire (infirmier, psychologue, ergothérapeute, diététicien, personnel éducatif) doit justifier d'une formation ou d'une expérience attestée en addictologie.

Quatre territoires de santé disposent (dans les départements 05, 06, 13) ou sont sur le point de disposer (dans le 83) de cette offre spécialisée en hospitalisation complète.
Il convient maintenant :

- de compléter le maillage territorial par la création d'une unité spécialisée sur le Vaucluse ;
- de permettre une diversification des modes de prise en charge par structuration d'une hospitalisation de jour dans les zones urbaines à forte densité de population.

Seront considérés comme facteurs de qualité :

- la participation active au sein de la filière de soins en addictologie (utilisation et évaluation des référentiels de prise en charge, actions de formation, …) ;
- le développement de l'éducation thérapeutique du patient ;
- la mise en place d'une prise en charge particulière pour les patients présentant des troubles sévères des fonctions cognitives (séquelles de consommation ou de sevrage).

Affections de la personne âgée poly pathologique dépendante ou à risque de dépendance

Ce type d'établissement s'adresse à des patients qui ne se définissent pas uniquement par leur âge mais se caractérisent par un état poly pathologique et une vulnérabilité requérant une prise en charge spécifique, multidisciplinaire (masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, psychologue, assistante sociale) coordonnée par un médecin spécialisé en gériatrie.
Cette prise en charge doit constituer une des modalités de la filière de soins gériatriques décrite dans la circulaire de la DHOS du 28 mars 2007. Elle se doit d'assurer une rééducation et/ou une réhabilitation fonctionnelle adaptée au patient âgé dans les suites d'une affection médicale aigüe ou d'une intervention chirurgicale dans la finalité d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle afin de garantir au patient gériatrique le retour dans son milieu de vie.

L'ensemble des territoires de proximité doit bénéficier de ce type de prise en charge spécialisée en hospitalisation temps plein ce qui est le cas, à une exception près.

L'hospitalisation de jour n'apparait pas comme une alternative réaliste dans le domaine de la gériatrie.

Outre les éléments de la fiche I) annexée a la circulaire N° DHOS/01/2008/305, seront considérés comme facteurs de qualité les actions réalisées dans :

- la coordination avec le court séjour et notamment avec les services d'urgences de façon à repérer les patients fragiles ou poly pathologiques et optimiser leur prise en charge en lien avec les équipes mobiles de gériatrie lorsqu'elles sont présentes ; cependant cette coordination avec le court séjour ne doit pas interdire l'accès direct en SSR pour des patients en phase de stress,

ne relevant pas d'une évaluation gérontologique complexe mais d'une prise en charge ponctuelle renforcée permettant ainsi d'éviter un passage aux urgences et un engorgement du court séjour ;
- la formation de l'ensemble des équipes à la prise en charge spécifique des patients gériatriques, notamment des patients présentant une dépendance psychique (dont les démences) et une dépendance physique ;
- la protocolisation et l'évaluation de la prévention des chutes, des escarres et de l'incontinence ;
- la mise en place d'une organisation spécifique pour la prise en charge des patients atteints de démence ;
- la possibilité de réalisation d'une évaluation gériatrique globale multidisciplinaire permettant de construire un projet thérapeutique individualisé ;
- l'accompagnement des patients en fin de vie et pour cela, certains établissements de SSR sont éligibles à la labellisation de lits identifiés « soins palliatifs **» ;**
- la préparation et l'aide au retour à domicile par les équipes spécialisées de l'établissement ;
- le développement de la formalisation et du suivi de conventions avec les HAD, les USLD et les EHPAD.

S'agissant de la prise en charge en SSR des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, dix unités cognitivo comportementales de 10 à 12 lits doivent être identifiées.
Ces unités, qui ne font pas l'objet de mention spécifique dans les autorisations de SSR, sont déclinées dans les CPOM. Elles doivent répondre au cahier des charges national.
L'identification de telles unités au sein de structures de SSR polyvalents ou gériatriques est destinée à offrir une prise en charge spécifique pour les patients quelque soit leur âge, le but étant de leur permettre le retour à leur domicile d'origine, dans le cadre d'un projet de vie.

Ces unités ont pour objectif thérapeutique de stabiliser les troubles de comportement grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale.

Implantations	UCC prévues	UCC à identifier
04 et 05	__	1 unité
06	1 unité à l'Ouest	2 unités à l'Est
13	2 unités au Sud	1 unité au Nord
83	1 unité à l'Ouest	1 unité à l'Est
84	__	1 unité

4.7.2.2 SSR enfants - adolescents

4.7.2.2.1 Préconisations générales

La prise en charge des nourrissons, enfants et adolescents dans un service de SSR doit s'inscrire autour d'un triple objectif : une prise en charge pluridisciplinaire, le maintien des liens familiaux et la perspective d'une réinsertion socio familiale.

Elle nécessite donc :
- une organisation spécifique (locaux, plateau technique, personnel) avec adaptation à la classe d'âge et à la nature de la pathologie ;
- une prise en charge pluridisciplinaire médicale, paramédicale, éducative, pédagogique et familiale ;
- la mise en place, dès l'admission, d'un projet éducatif individualisé dont l'objectif est d'optimiser les potentialités du jeune patient dans la perspective d'une réinsertion socio familiale et scolaire

adaptée à son état ; l'éducation thérapeutique du patient fait partie du projet éducatif et la participation de sa famille à ce projet est essentielle ;
- l'orientation dans un établissement de SSR adapté aux besoins médicaux et situé au plus près du domicile ;
- le respect de la convention relative aux droits de l'enfant hospitalisé en veillant, du fait de la durée moyenne importante des séjours, à :
  - la facilitation de la présence des parents qui devront pouvoir bénéficier d'un hébergement au sein ou à proximité immédiate de la structure ;
  - la mise à disposition de moyens de communication (téléphone, internet).

Pour améliorer l'efficience des prises en charge et l'accès aux soins, il y a lieu de :

- renforcer l'articulation court séjour – SSR par :
  - la conclusion et l'évaluation de conventions inter établissements,
  - l'utilisation du R.O.R afin de fluidifier le parcours du patient,
  - la réalisation de consultations spécialisées pluridisciplinaires intégrant des équipes du court séjour et du SSR ;
- assurer le maintien de masses critiques suffisantes par un dimensionnement minimal des unités de SSR pédiatrique (30 lits et/ou places, de préférence adossés à une autre unité ou structure SSR enfants ou adultes) ;
- favoriser le développement des structures de proximité de prise en charge à temps partiel pour les pathologies les moins lourdes et polyvalentes ;
- accroître la participation du SSR au sein de la filière pédiatrique (utilisation et évaluation des référentiels de prise en charge, actions de formation …) ;
- améliorer la prise en charge des enfants lourdement handicapés par :
  - le décloisonnement des services sanitaires et médico-sociaux d'une part, celui des dispositifs sanitaires adultes et enfants adolescents d'autre part, afin d'éviter les ruptures de prise en charge ;
  - le renforcement du dispositif de maintien à domicile et d'intégration en milieu ordinaire (recours moins fréquent à l'internat, création d'HDJ de proximité, développement de l'HAD, parcours de soins adapté et qui coordonne l'action des professionnels libéraux) ;
  - le développement parallèle, dans les services de SSR, de lits dits « de répit » ou « d'accueil temporaire » ; Ces lits doivent permettre une prise en charge dans l'urgence.

4.7.2.2.2 Préconisations par spécialité

Affections de l'appareil locomoteur

Ces établissements concernent les enfants et les adolescents dont l'état nécessite des soins et/ou des bilans de rééducation spécialisée non envisageables en secteur libéral en raison de leur caractère spécifique et pluridisciplinaire.
Pour les pathologies les moins lourdes**,** les prises en charge de proximité à temps partiel seront toujours privilégiées et retenues comme pertinentes pour des objectifs de :
- rééducation, soins, appareillage éventuel, réadaptation, éducation thérapeutique de l'enfant et de son entourage dans le cadre d'une affection non stabilisée lorsque la technicité des soins et/ou l'environnement familial ne permettent pas la réalisation de ces soins en ambulatoire ;
- soins et rééducation d'une pathologie intercurrente, d'une aggravation ou d'une complication de la maladie initiale, après une intervention chirurgicale lorsque la surveillance médicale, la rééducation et les soins n'imposent pas l'hospitalisation complète et ne peuvent être réalisés en ambulatoire du fait de leur complexité et/ou de l'environnement (en lien avec le médecin traitant et les services médico sociaux si nécessaire) ;
- bilans avec préconisations à la sortie, actualisation de la rééducation et des soins, appareillage éventuel, réadaptation à la vie quotidienne avec propositions d'aménagements de l'environnement de l'enfant, organisation du suivi dans le cadre d'une affection stabilisée en lien avec le médecin traitant, les services médico-sociaux, les spécialistes hospitaliers et professionnels libéraux, le réseau Handimômes ;

- bilans en séjour de courte durée en vue d'une orientation scolaire, sanitaire, ou médico sociale avec poursuite de la rééducation et des soins ;
- séjours intermittents dans le cadre d'une pathologie chronique lourde habituellement prise en charge dans l'environnement familial mais nécessitant ponctuellement des soins dont la technicité est impossible en libéral, dans le cadre d'actions d'éducation thérapeutique ou d'adaptation d'appareillage.

Les prises en charge en hospitalisation complète sont réservées aux pathologies orthopédiques ou traumatologiques complexes pour lesquelles elles permettent une poursuite de la scolarité.

Affections du système nerveux

Ces établissements concernent les enfants et les adolescents dont l'état nécessite des soins et/ou des bilans de rééducation spécialisée non envisageables en secteur libéral en raison de leur caractère spécifique et pluridisciplinaire.

Comme pour les affections de l'appareil locomoteur, les prises en charge en hôpital de jour seront privilégiées pour les pathologies les moins lourdes, une prise en charge en hospitalisation complète avec poursuite de la scolarité étant nécessaire pour les pathologies les plus complexes.

Les enfants porteurs d'handicaps neurologiques ou neuromusculaires lourds, reçus en transfert d'un service de neurochirurgie infantile, neuro pédiatrie ou réanimation, souvent instables et nécessitant à la fois des soins médicaux lourds (ventilation assistée, cathéters centraux, alimentation parentérale, médicaments onéreux) et une rééducation pluridisciplinaire complexe, justifient une prise en charge en hospitalisation complète dans une Unité de Haute Technicité (UHT) dans laquelle sont privilégiées la qualité du plateau technique et la spécialisation des professionnels plutôt que la proximité. Lorsque ces enfants ont présenté un état comateux en phase aigüe, leur transfert devrait pouvoir intervenir dans l'UHT précocement, dès la phase d'éveil, la durée de séjour dans l'UHT étant limitée à la phase d'éveil et à l'acquisition d'une reprise d'autonomie alimentaire, respiratoire et cognitive.

Pour les enfants lourdement handicapés stabilisés, polyhandicapés et EVP qui ne relèvent pas ou plus de SSR mais nécessitent des soins médicalisés de longue durée et qui se situent à la frontière entre le sanitaire et le médico social, il serait souhaitable de pouvoir disposer au plan régional d'une ou deux structures médico sociales à « médicalisation renforcée » susceptibles de prendre en charge cette patientèle.

Affections respiratoires

La prise en charge spécialisée des affections de l'appareil respiratoire s'adresse aux patients présentant des affections bronchopulmonaires sévères, notamment ceux atteints de bronchopneumopathies obstructives chroniques de stades 3 et 4, d'asthme difficile (nécessité d'un bilan pneumologique préalable montrant que l'enfant présente un asthme sévère, instable, non contrôlé par un traitement médical bien conduit) ou d'autres pathologies respiratoires nécessitant une rééducation complexe et intensive.

Sur les quatre établissements autorisés à délivrer cette prise en charge spécialisée, trois sont situés sur le territoire des Hautes Alpes. Cette localisation a l'avantage de proposer des facteurs environnementaux favorables (conditions climatiques, éviction de nombreux allergènes et de la pollution) mais constitue un facteur limitant au développement de l'hospitalisation de jour et impose souvent des séparations familiales au long cours qui impliquent, dès l'entrée, une évaluation pédopsychiatrique ou psychologique par des professionnels de santé attachés à l'établissement.

Outre les éléments de la fiche D annexée à la circulaire N°DHOS/01/2008/305, seront considérés comme facteurs de qualité les actions réalisées dans :

- la formation continue du personnel à la prise en charge des insuffisants respiratoires sévères (soins de trachéotomie, aspiration bronchique, administration d'aérosols, mesures des gaz du sang…) ainsi qu'à la gestion des appareils d'assistance respiratoire ;
- la mise en place d'aide au retour à domicile ;
- la mise en place de protocoles d'éducation thérapeutique ;
- la mise en place d'activité de réentrainement à l'effort ;
- la mise en place d'une information anti tabac ;
- la participation à des actions de prévention en coopération avec la PMI et la médecine scolaire.

Affections du système digestif, métabolique et endocrinien

Cette prise en charge spécialisée en SSR pédiatrique relève des mêmes préconisations qu'en SSR adulte, mais nécessite en outre d'intégrer l'accompagnement de la famille et l'investissement sur le plan éducatif et scolaire (enseignant, éducateur spécialisé, moniteur éducateur).
Il conviendra également de développer des actions de coopération avec les médecins de santé scolaire et la PMI dans le cadre de la prévention et du dépistage, ainsi qu'avec les services spécialisés de court séjour et les autres établissements de SSR pédiatriques.
Une organisation régionale pertinente doit être mise en place en s'appuyant sur l'expertise du centre de référence de l'association des jeunes diabétiques (AJD, située dans les Bouches du Rhône) pour l'activité hyper spécialisée de diabétologie pédiatrique, et de l'établissement situé à Sanary pour les cas les plus complexes d'obésité, notamment pour les suivis de chirurgie bariatrique.

Prise en charge des brûlés

Il est préconisé de maintenir le site autorisé en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour dans le Var qui assure, pour l'ensemble de la région, la prise en charge des enfants en s'appuyant sur les compétences du site adulte spécialisé avec lequel il est conventionné.

Prise en charge des troubles du langage et des apprentissages

Un établissement de SSR pédiatrique récemment implanté dans les Alpes Maritimes assure cette prise en charge. Elle doit être réalisée préférentiellement en hospitalisation à temps partiel et en lien étroit avec les centres de référence régionaux.

Prise en charge « non spécialisée » des enfants de moins de six ans (ex pouponnières)

Ces établissements appartiennent pleinement au champ sanitaire et le personnel doit comporter au minimum des infirmiers, aides soignants, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, kinésithérapeutes, psychologues et orthophonistes.
Une hospitalisation à temps partiel pourrait être mise en place à titre expérimental, afin de permettre la réinsertion familiale de cas particulièrement lourds et complexes.

4.7.3 Implantations par territoire (y compris HIA)

Le SROS 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.

4.7.3.1 Territoire 04 - Alpes de Haute Provence

Territoire 04 SSR adultes	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	*14*	*14 (Digne 1, Aiglun 1, Manosque 1, Sisteron 1, Gréoux 1, Turriers 1, Forcalquier 1, Castellane* 1, Entrevaux* 1, Riez* 1, Banon* 1, Les Mées*1 , Jausiers*1 , Barcelonnette* 1)*	*2*	*3*
Affections de l'appareil locomoteur	3	3 (Aiglun 1, Forcalquier 1, Turriers 1)	1	2
Affections du système nerveux	1	1 (Turriers)	0	0
Affections cardiovasculaires	0	0	1	1
Affections respiratoires	0	0	1	1
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	0	0	1	1
Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	2 (Digne 1, Manosque 1)	0	0

** Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS*

Territoire 04 SSR enfants adolescents	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	*0*	*0*	*2*	*2*
Affections de l'appareil locomoteur	0	0	1	1
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	0	0	1	1

4.7.3.2 Territoire 05 – Hautes Alpes

Territoire 05 SSR adultes	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	*12**	*11* (Gap 2, Tallard 1, La Saulce 1, Briançon 4, Embrun 1, St Léger les Mélèzes 1, Laragne** 1)*	*3*	*3*
Affections de l'appareil locomoteur	2	2 (Gap 1, Briançon 1)	2	2
Affections du système nerveux	1	1 (Gap),	1	1
Affections cardiovasculaires	1	1 (Briançon)	2	2
Affections respiratoires	2	2 (Briançon)	2	2
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	1	1 (Briançon)	1	1
Affections liées à des conduites addictives	1	1(Briançon)	0	0
Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	3 (Gap 1, Briançon 1, Embrun 1)	0	0

* Evolution du nombre de sites liée à la réorientation d'une structures de très faible capacité *Saint Jean Saint Nicolas*
**** Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS

Territoire 05 SSR enfants adolescents	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	*4*(Embrun)*	3 (Briançon 1, Villard St Pancrace 2)	*0*	*2*
Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	1
Affections respiratoires	3	3 (Briançon 1, Villard St Pancrace 2)	0	1

4.7.3.3 Territoire 06 – Alpes Maritimes

Territoire 06 SSR adultes	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	*35*	*33 (Nice* 9, Menton 1*, Antibes 3, Vence 3, Vallauris 1, Contes 1, Levens 1, Grasse 3, Mougins 1, Cannes** 3, Cagnes 1, Pegomas 1, Cabris 1, Roquebillière 1, Breil **sur Roya*** 1, Sospel*** 1, Saint Etienne de Tinée*** 1)**	*6*	*9*
Affections de l'appareil locomoteur	6	6 (Nice 3, Vallauris 1, Cannes 1, Grasse 1)	5	6
Affections du système nerveux	4	4 (Nice 2, Vallauris 1, Grasse 1)	4	4
Affections cardiovasculaires	2	2 (Vence 1, Mougins 1)	0	2
Affections respiratoires	1	1 (Vence)	0	1
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	2	2 (Cannes 1, Pegomas 1)	1	2 (dont 1 à Nice)
Affections liées aux conduites addictives	1	1 (Cabris)	0	0
Affections onco hématologiques	0	1 (Nice)	0	0
Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance	8	9 (Nice 3, Grasse 2, Vence 1, Menton 1, Cannes 1, Antibes 1)	0	0

* Regroupement des implantations de Gorbio et Menton sur une implantation unique à Menton
** Regroupement de SSR de Saint Laurent du Var sur Cannes
*** Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS

Territoire 06 SSR enfants adolescents	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	2	2* (Vence 1, Grasse 1)	2	3
Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	1
Affections du système nerveux	0	0	0	1
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	1	1 (Vence)	1	1

* une implantation supplémentaire pour la prise en charge non spécialisée des enfants de moins de 6 ans et la réorientation d'un SSR spécialisé dans les troubles du langage

4.7.3.4 Territoire 13 – Bouches du Rhône

Territoire 13 SSR adultes	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations*	57**	53**	20	27
Affections de l'appareil locomoteur	15	15 (Marseille 7*, Aubagne 2, La Ciotat 1, Martigues 1, Aix 1, Mimet 1, Arles 1, St Rémy de Provence 1)	11	14
Affections du système nerveux	9*	9 (Marseille 5*, Aubagne 1, Aix 2, Mimet 1)	7	8
Affections cardiovasculaires	6*	6 (Marseille 3*, Aubagne 1, Eyguières 1, Arles 1)	5	6
Affections respiratoires	3*	3 (Marseille 1*, Mimet 1, La Destrousse 1)	2	2
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	5	5 (Eguilles 1, La Roque d'Anthéron 1, Bouc Bel Air 1, Ceyreste 1, Roquevaire 1)	2	4
Affections liées aux conduites addictives	2	2 (Marseille 1, Allauch 1)	0	1
Affections onco hématologiques	1	1 (Marseille 1)	0	0
Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance	14	14 (Marseille 5, Allauch 2, Aubagne 1, Martigues 1, Aix 1, Puy Ste Réparade 1, Salon 1, Arles 1, Istres 1)	0	0

* y compris HIA
** transfert et regroupement d'un SSR sur La Destrousse, réorientation d'un SSR à Marseille, mutation en court séjour du SSR à Gardanne et réorientation d'un SSR de faible capacité à Marseille.

Territoire 13 SSR enfants-adolescents	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	*1*	*3*	*2*	*4*
Affections de l'appareil locomoteur	1	2 (Marseille 1, Aix 1)	2	2
Affections du système nerveux	1	2 (Marseille 1, Aix 1)	2	2
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	0	1 (Mimet)	0	2

4.7.3.5 Territoire 83 - Var

Territoire 83 SSR adultes	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	*25**	*23* (Callas 1, Draguignan 3, Fréjus 4, Le Luc 1, Figanières 1, Brignoles 1, Carqueiranne 1, Hyères 6, La Seyne 1, Le Beausset 1, Nans les Pins 1, Le Revest les Eaux 1, Toulon 3)*	*9*	*13*
Affections de l'appareil locomoteur	6	6 (Toulon/Hyères 4, Fréjus 1, Draguignan 1)	5	7
Affections du système nerveux	4	4 (Toulon/Hyères)	3	4
Affections cardiovasculaires	2	2 (Hyères 1, Fréjus 1)	3	4
Affections respiratoires	2	1 (Toulon/Hyères)	1	1
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	1	1 (Carqueiranne)	1	1
Affections des brûlés	1	1 (Hyères)	0	1
Affections liées aux conduites addictives	1	1 (Le Revest)	0	1
Affections de la personne âgée poly pathologique ou à risque de dépendance	8	8 (Toulon 1, Hyères 3, Fréjus 1, Nans 1, Callas 1, La Seyne 1)	0	0

* y compris le transfert d'un établissement situé à *Nans les Pins* sur les Bouches du Rhône regroupement d'un SSR isolé de faible capacité *à Hyères* avec un autre site de SSR.

Territoire 83 SSR enfants adolescents	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	*5*	*4 (Hyères 2, Bandol 1, Sanary 1)*	*4*	*3*
Affections de l'appareil locomoteur	2	1 (Hyères)	2	1
Affections du système nerveux	2	2 (Hyères)	2	2
Affections respiratoires	1	1 (Hyères)	1	1
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	1	1 (Sanary)	1	1
Affections des brûlés	1	1* (Hyères)	1	1

*site de prise en charge des enfants en lien avec le plateau technique adulte

4.7.3.6 Territoire 84 - Vaucluse

Territoire 84 SSR adultes	HC 2011	HC 2016	HDJ 2011	HDJ 2016
Nombre total d'implantations	*16*	*16 (Avignon 2, Lauris 1, Isle/Sorgue 1, Gordes 1, Apt 1, Carpentras* 2, Cavaillon 1, Pertuis 1, Montfavet* 1, Vaison 1, Bollène 1, Valréas 1, Orange 1, Sault** 1)*	*3*	*6*
Affections de l'appareil locomoteur	4	3 (Avignon 1, Carpentras 1, Montfavet 1)	2	4
Affections du système nerveux	1	2 (Avignon 1 Montfavet 1)	1	2
Affections cardiovasculaires	1	1 (Avignon)	1	1
Affections respiratoires	1	1 (Lauris)	0	0
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	0	0	0	1
Affections liées aux conduites addictives	0	1 (Montfavet**)	0	1
Affections de la personne âgée poly pathologique dépendante ou à risque de dépendance	4	6 (Avignon 2, Carpentras 1, Pertuis 1, Orange 1, Apt 1,)	0	0

***** Evolution du nombre de sites liée, au regroupement d'un SSR (Carpentras) et à la création d'un SSR spécialisé en addictologie, adossé à une autre structure sanitaire, par transfert d'activité de psychiatrie à Montfavet.
** Maintien de l'implantation dans l'attente des résultats des travaux en cours menés par l'ARS

Territoire 84 SSR enfants adolescents	*HC* *2011*	*HC* *2016*	*HDJ* *2011*	*HDJ* *2016*
Nombre total d'implantations	*0*	*0*	*0*	*1*
Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	1

4.7.4 Tableau de bord de suivi de l'activité

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement d'autorisation (sur les trois dernières années).

- nombre d'admissions par unité (SSR polyvalent, par spécialité, hospitalisation complète, HDJ) ;
- nombre par unité, d'admissions directes ;
- nombre par unité, d'admissions ayant transité par le ROR SSR ;
- nombre par unité, d'admissions par mutation intra établissement ;
- nombre par unité, d'admissions hors région ;
- délai moyen, par unité, entre la date de la réception de la demande et la date d'admission ;
- nombre d'admissions directes en HDJ ;
- nombre d'admissions en HDJ après une hospitalisation complète en SSR
- DMS pour chaque unité ;
- nombre de transferts vers un autre SSR, pour chaque unité ;
- nombre de transferts en établissements pour personnes âgées, pour chaque unité ;
- nombre de transferts en établissements pour personnes handicapées, pour chaque unité ;
- nombre de retours à domicile ou substitut de domicile, pour chaque unité ;
- nombre de ré hospitalisations en SSR dans les 60 jours suivant la sortie ;
- nombre de bénéficiaires de la CMUC ;
- % de journées avec facturation de supplément pour chambre particulière.

SOINS DE LONGUE DUREE

4.8 Soins de longue durée

Les missions, les modalités de prise en charge, et les moyens de fonctionnement des unités de soins de longue durée (USLD) sont précisés par l'arrêté du 12 mai 2006 et par l'annexe 2 de la circulaire DHOS/02/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007.

Les USLD prennent en charge des patients, soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, soit venant directement du domicile, et visent à :

- assurer les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels ;
- prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes ;
- élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie ;
- assurer l'accompagnement des familles et des proches.

L'articulation des USLD avec les autres structures de soins constitue un axe clé, dont les obligations réciproques doivent être formalisées par voie de convention. Il est précisé que les USLD ont vocation à participer au fonctionnement de la filière gériatrique, afin d'assurer notamment une meilleure continuité et fluidité du parcours des patients.

4.8.1 Bilan de l'existant

Le SROS III 2006-2011 a défini des objectifs en termes d'implantations de ces unités, et d'objectifs quantifiés de l'offre de soins exprimés en journée.

- Implantations 2011 :

Les préconisations du SROS 3 étaient pour la plupart atteintes au début de l'année 2011 :

Territoire du SROS 3	Janvier 2011
Alpes Sud	2 sites : Aiglun, Manosque.
Alpes Nord	4 sites : Briançon, Embrun, Gap, Laragne.
A.M. Est	5 sites : Vallauris, Menton, Tende, Nice (2),
A.M. Ouest	3 sites : Cannes, Grasse, Le Cannet.
BDR Nord	4 sites : Aix (2), Pertuis, Salon de Provence.
BDR Sud	6 sites : Aubagne, Allauch, Marseille (3), Martigues.
Var Est	4 sites : Draguignan, Le Luc en Provence, Fréjus, St Tropez.
Var Ouest	6 sites : Brignoles, Nans les Pins (2), Hyères, La Garde, La Seyne sur Mer.
Vaucluse-Camargue.	6 sites : Tarascon, Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon, Orange.
TOTAL	**40 sites**

Quatre autorisations supplémentaires ont été attribuées en juillet 2011: Antibes, Roquebillière, La Ciotat et Arles mais ne sont pas encore mises en œuvre.

Deux implantations restent à pourvoir sur les territoires de Marseille et de La Seyne sur Mer.

Capacités et taux d'équipement 2011 :

Territoire	Capacités au 1 janvier 2010	Taux d'équipement pour 1000 PA 75 ans et +
Alpes Sud	71	4.74
Alpes Nord	135	7.92
A.M. Est	247	2,66
A.M. Ouest	118	3,49
BDR Nord	172	2,94
BDR Sud	320	2,70
Var Est	145	3,94
Var Ouest	285	3,80
Vaucluse Camargue	230	3,74
TOTAL	**1723**	**3,47**

L'évaluation des besoins ne peut se baser sur la seule référence à la moyenne nationale[31], et nécessite d'être corrélée avec l'ensemble de l'offre sur un territoire (équipement en SSR, EHPAD, et offre libérale) en tenant compte de l'évolution démographique des populations.

4.8.2 Les objectifs

4.8.2.1 Les objectifs et indicateurs de suivi 2011-2016 des USLD :

- Qualité et efficience :
Les orientations régionales préconisées pour la période 2011-2016, s'inscrivent dans le cadre de la démarche de certification des établissements et dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.
La certification des établissements à partir de la table des indicateurs de la V2010 permettra de disposer, à échéance du prochain schéma en 2016, d'une évaluation qualitative exhaustive de l'ensemble des établissements.

Une attention particulière sera portée aux **coopérations développées entre les USLD et les établissements, services et acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, et ambulatoires**. La place des USLD au sein des filières gériatriques sera, en particulier, suivie à travers la déclinaison opérationnelle des modes de collaboration. L'enjeu est d'éviter les ruptures dans le parcours de la personne et de favoriser la continuité des soins qu'elle reçoit et de son projet de vie.

Il s'agira, d'une part, de favoriser l'accès aux soins de longue durée dans la proximité, en lien direct avec les différents maillons de la filière gériatrique (court séjour gériatrique, Equipe Mobile de Gériatrie, SSR gériatriques, hôpital de jour gériatrique), l'EHPAD ou le médecin traitant, et d'autre part, d'anticiper et d'organiser, entre les structures de soins de longue durée et les établissements médico-sociaux ou les services de prise en charge à domicile, les conditions de transferts ou de retour de la personne sur son lieu de vie, dans les meilleures conditions possibles.

[31] Environ 6 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus

Il conviendra pour l'USLD de veiller sur son territoire d'implantation à :

- développer les coordinations formalisées avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec 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 interprofessionnels et inter-établissements afin de renforcer l'acquisition et la transmission des savoirs et des pratiques communes.

Les USLD s'attacheront également à renforcer les liens avec les intervenants en soins palliatifs et à favoriser le développement de la culture palliative auprès de leur personnel (sensibilisation/formation des équipes soignantes).

4.8.2.2 Les implantations

- Implantations :

Il est préconisé le maintien des 40 implantations actuelles (cf. annexe 1 du SROS III) et l'installation des 6 implantations prévues selon la répartition départementale suivante :

Dept	*Pop 2016 75 ans et +*	*Implantations 2016*
04	19 621	2 sites : Aiglun, Manosque.
05	15 506	4 sites : Briançon, Embrun, Gap, Laragne.
06	130 054	10 sites : *Antibes*, Vallauris, Menton, Tende, Nice (2), Cannes, Grasse, Le Cannet, *Roquebillière.*
13	197 006	13 sites : Aix (2), Salon de Provence, Martigues, Aubagne, Allauch, *La Ciotat*, *Arles,* Marseille *(4),* Tarascon.
83	129 479	11 sites : Draguignan, Fréjus, Saint Tropez, Brignoles, Le Luc en Provence, Nans les Pins (2), Toulon, La Seyne sur Mer (2), Hyères
84	56 492	6 sites : Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon, Orange, Pertuis.
	548 158	46 sites

La création de lits USLD ne peut être envisagée par transformation des lits d'EHPAD, que si les dépenses relatives à la médicalisation sont imputées sur l'enveloppe sanitaire, qui devra assurer l'intégralité du coût de fonctionnement des lits qui seront créés.

A l'issue de l'installation des 6 structures actuellement prévues, une réévaluation de la situation sera entreprise.

4.8.2.3 Tableau de bord de suivi de l'activité

Le référentiel d'organisation des USLD (annexe 2 de la circulaire DHOS/02/DGAS/ DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007) définit des indicateurs annuels de suivi :

- le nombre de journées réalisées ;
- le nombre d'admissions ;
- la durée moyenne de séjour ;
- le taux d'occupation ;
- la composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein ;
- la composition de l'équipe paramédicale en équivalent temps plein ;
- la répartition des modes d'entrée ;
- la répartition des modes de sortie ;
- le GIR Moyen Pondéré ;
- le PATHOS Moyen Pondéré.

4.8.3 Les unités d'hébergement renforcées en USLD (mesure 16 du plan Alzheimer)

La mesure 16 du Plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place d'un dispositif spécifique qui vise à développer, dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les USLD, un accompagnement adapté des patients atteints de maladie d'Alzheimer présentant des troubles du comportement. Il est mis en œuvre par l'adaptation de places existantes ou dans le cadre de projets de création ou d'extension des places nouvelles.
Il s'agit d'un lieu de vie identifié dans l'USLD qui fonctionne nuit et jour, et qui propose aux résidents sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques.

Il a été fixé, comme objectif pour la région PACA, dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, la **création de 12 unités d'hébergement renforcées (UHR) dans les USLD**.

En mai 2011, il reste 10 UHR en USLD à mettre en place, avant l'échéance du plan.
Au regard des objectifs à atteindre en terme de créations, il n'est pas préconisé de répartition départementale précise de ces unités. Toutefois, les lieux d'implantation qui seront proposés devront être cohérents en termes d'accessibilité et d'articulation avec la filière gériatrique, ainsi qu'avec l'offre médico-sociale Alzheimer.

Pour la durée du SROS-PRS, il conviendra de rattraper le retard de la région dans l'installation de ces structures et d'en poursuivre le développement conformément aux préconisations du futur plan pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MEDICALE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN CARDIOLOGIE

4.9 Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

4.9.1 Le contexte en région PACA

4.9.1.1 L'offre

Pour l'angioplastie, les centres autorisés sont au nombre de 20.

Pour l'électrophysiologie interventionnelle, les centres autorisés sont au nombre de 16.

Pour les cardiopathies de l'enfant, un site sur Marseille, à vocation régionale, regroupe la chirurgie cardiaque infantile et l'activité interventionnelle. Ce centre de référence unique a aussi en charge l'enseignement et la recherche.

Territoire	Nombre de sites autorisés		
	Angioplastie	Electrophysiologie interventionnelle	Cardiopathie de l'enfant
Alpes-Maritimes	5	6	
Bouches du Rhône	10	6	1
Var	3	2	
Vaucluse Camargue	2	2	
Région PACA	**20**	**16**	**1**

4.9.1.2 L'activité

Pour l'angioplastie (sans l'HIA de Ste-Anne)

En région PACA, le taux de recours à l'angioplastie est bien plus élevé que pour le reste de la France, alors que celui du recours au pontage aorto-coronaire est inférieur à la moyenne nationale.

Une enquête diligentée par l'ARH PACA réalisée en 2010 dans tous les centres autorisés à pratiquer les angioplasties coronaires a montré en outre que :

- la participation des centres à la prise en charge des urgences est très inégale ;
- les pratiques des différentes équipes sont hétérogènes.

En 2010, l'activité d'angioplastie en nombre d'actes montre sur l'ensemble de la région une très légère augmentation d'activité globale essentiellement portée par les Bouches du Rhône et les Alpes Maritimes.

Territoire	Nombre d'actes d'angioplastie		
	2009	2010	Evolution en %
Alpes-Maritimes	2 718	2 874	+ 5,74
Bouches du Rhône	7 228	7 931	+ 9,73
Var	2 930	2 722	- 7,10
Vaucluse Camargue	2 440	2 360	- 3,28
Région PACA	**15 316**	**15 887**	**+ 3,73**

Pour l'électrophysiologie interventionnelle (sans l'HIA de Ste-Anne)

L'activité d'électrophysiologie interventionnelle régionale a augmenté de 10% entre 2009 et 2010. Cette augmentation était prévisible compte tenu de l'extension des indications.

Territoire	Nombre d'actes d'ablation (actes soumis à seuil)			Nombre d'actes d'implantation de défibrillateur et de resynchronisation		
	2009	2010	Evolution en %	2009	2010	Evolution en %
Alpes-Maritimes	975	1 330	+ 36,41	254	254	0
Bouches du Rhône	1 291	1 300	+ 0,70	647	754	+ 1,7
Var	319	302	- 5,33	98	84	- 1,4
Vaucluse Camargue	409	369	- 9,78	156	194	+ 2,4
Région PACA	**2 994**	**3 321**	**+ 10,92**	**1155**	**1286**	**+ 1,1**

L'activité d'implantation de défibrillateurs et de resynchronisation est en augmentation. En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) a revu à la hausse l'estimation des besoins en matière de défibrillateur, notamment, du fait de l'élargissement des indications à la prévention primaire. La population cible, tous types de défibrillateurs confondus et remplacements de boîtier inclus, serait comprise entre 200 et 300 par million d'habitants et par an.

4.9.2 Les objectifs

4.9.2.1 Améliorer la prise en charge de l'urgence

La participation de tous les centres d'angioplasties à l'urgence est indispensable pour garantir une réponse adaptée qualitativement et en termes de délai.

Les modalités d'accès direct à l'angioplasticien ainsi qu'au plateau technique interventionnel doivent être précisées dans le répertoire opérationnel de ressources (ROR) et reproduites en termes d'engagement dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Avec la diminution attendue du nombre de cardiologues, l'exercice exclusif des professionnels dans des centres regroupés est recommandé afin de garantir, mieux qu'aujourd'hui, un fonctionnement permanent des sites.

4.9.2.2 Améliorer l'organisation de la filière

La qualité d'un centre dépend de l'expérience de ses équipes.
Il est indispensable, au sein d'un même territoire, d'éviter la dispersion des sites afin qu'ils atteignent une masse critique optimale dans le respect de la qualité.

Pour les centres d'angioplastie

Le centre doit disposer d'un nombre suffisant de cardiologues interventionnels pour assurer une permanence le jour et une astreinte opérationnelle la nuit, le week-end et les jours fériés. Cette astreinte doit être exclusive pour le centre.
Pour tenir leurs engagements, les établissements doivent mettre en place une organisation permettant d'avoir l'accès à une table d'angioplastie dans les délais recommandés [32.]

Pour les plateaux techniques pratiquant les actes électrophysiologiques

Les centres doivent respecter les recommandations françaises et internationales, notamment en matière de formation et d'environnement spécifique.

Ils doivent assurer un recueil prospectif de données à transmettre au registre national existant STIDEFIX.

La Société Française de Cardiologie (SFC) a émis fin 2009 des recommandations concernant les conditions de compétence, d'activité et d'environnement requises pour la pratique de l'électrophysiologie diagnostique et interventionnelle.
Ces recommandations précisent les niveaux d'activité des centres d'électrophysiologie interventionnelle. Bien que non opposables, elles doivent être respectées.

Pour les plateaux techniques pratiquant les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant

Cette activité très spécialisée est développée par un pôle de référence universitaire unique sur la région regroupant la chirurgie cardiaque et l'activité interventionnelle infantiles.

Ce centre doit répondre aux recommandations françaises et internationales notamment en matière de formation et d'environnement spécifique.

Des conventions et protocoles de prise en charge doivent être établis entre les structures pédiatriques de la région et ce centre régional de référence.

Pour l'implantation des stimulateurs cardiaques conventionnels

La pratique de cette activité n'est pas soumise à autorisation mais elle doit répondre aux recommandations de la SFC en termes d'activité, d'équipement, d'organisation, d'évaluation. Elle doit aussi satisfaire aux critères de remboursement des dispositifs de la Liste des Produits et Prestations (LPP).

Cette activité fera l'objet d'une contractualisation dans le CPOM.

---

[32] 90 mn entre l'appel au centre 15 et la réception sur table

4.9.2.3 Améliorer les pratiques

Pour l'angioplastie

La SFC a introduit des recommandations de qualité de pratique individuelle reposant sur des notions de volume d'activité. Ainsi tout cardiologue interventionnel doit être en mesure de fournir ses données globales d'activité. Le cardiologue veillera au respect des indications actuellement validées par les Sociétés Savantes françaises et européennes.

Mise en place d'un registre
Devant la variabilité des pratiques en angioplasties, seront mis en place un registre et un comité de suivi des pratiques. La participation des centres à ce registre sera une obligation précisée dans les CPOM.

Concertations médico chirurgicales
Tous les centres doivent mettre en place des concertations médico chirurgicales. Ces concertations doivent pouvoir s'envisager de manière régulière physiquement ou à défaut par contact téléphonique et transmission des images. Cet engagement sera repris dans les CPOM avec des indicateurs spécifiques de suivi.
Des revues de dossiers réunissant physiquement des cardiologues et des chirurgiens cardiaques sont souhaitables (4 à 6 fois par an).

Pratique isolée de la coronarographie
Elle ne se justifie pas en dehors d'un centre autorisé pour l'angioplastie coronaire. La réalisation de cet examen par un cardiologue non interventionnel doit être très limitée afin de répondre au mieux aux impératifs de radioprotection.

Place du scanner coronaire
Le scanner coronaire ne peut pas être considéré aujourd'hui comme un examen de dépistage de l'ischémie coronarienne. C'est un examen de confirmation d'une absence d'atteinte des artères coronaires.

Place de la mesure de la Fraction de Flux de Réserve (FFR) coronaire
La mesure de la FFR est un outil diagnostique précieux permettant d'éviter un nombre important d'angioplasties.
Les formalités de sa prise en charge par l'assurance maladie devraient aboutir début 2012. A ce moment là il sera indispensable de l'utiliser en pratique courante pour objectiver l'ischémie.

Pour l'électrophysiologie interventionnelle

Les techniques ablatives sont des actes complexes donnant lieu à des interventions longues et difficiles. L'expérience des équipes est primordiale, les recommandations de la SFC, parues fin 2009 relatives à la pratique de l'électrophysiologie diagnostique et interventionnelle, doivent être appliquées.

La décision thérapeutique lors des cas complexes doit faire l'objet de discussions pluridisciplinaires (chirurgiens cardiaques, angioplasticiens, électrophysiologistes). Ces concertations doivent être organisées dans tous les centres.

Lorsque des actes de cathétérisme trans-septal, actes d'ablation dans les cavités gauches sont réalisés, l'intervention immédiate d'un chirurgien pouvant effectuer un drainage péricardique ou traiter une plaie cardiaque ou vasculaire doit être possible.

Pour la pose de défibrillateurs et stimulateurs triple chambre (DCI – STC) l'activité doit être évaluée et les indications doivent se conformer aux recommandations. La réactivation d'un registre national est opportune et l'engagement des structures à le renseigner sera prévu dans les CPOM.
Par ailleurs pour l'activité d'implantation des DCI-STC les établissements doivent mettre en œuvre une astreinte en rythmologie 24 heures sur 24 par un médecin satisfaisant aux critères de formation recommandés par la SFC

Pour la pose des stimulateurs conventionnels

Les recommandations des sociétés savantes doivent être respectées.
Les cardiologues qui contrôlent périodiquement ces stimulateurs doivent être « qualifiés ».
Il est recommandé 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.

4.9.3 Les implantations

Après une réduction sensible du nombre de centres d'angioplastie en 2011, l'évaluation des pratiques sera une nécessité absolue pour en permettre une harmonisation et une amélioration dont l'enjeu est la qualité et la sécurité optimales des soins délivrés aux patients.

En fonction des bilans quantitatif et qualitatif de l'évaluation, l'effort de regroupement des centres d'angioplastie sera poursuivi en saisissant toutes les opportunités de partenariat et de mutualisation des équipes. Une nouvelle réduction du nombre d'implantations d'angioplasties à 15 sera envisagée ultérieurement afin d'améliorer l'efficience de l'organisation globale.

Territoires	**Electrophysiologie**	**Angioplastie coronaire**	**Cardiopathies de l'enfant**
	16 sites autorisés	**20 sites autorisés**	**1 site autorisé**
Alpes de Haute Provence	Pas de site autorisé Ce territoire doit s'appuyer prioritairement sur les sites du territoire des Bouches du Rhône et plus particulièrement celui d'Aix en Provence		
Hautes Alpes	Pas de site autorisé Ce territoire doit s'appuyer prioritairement sur les sites du territoire des Bouches du Rhône et plus particulièrement sur celui d'Aix en Provence		
Alpes Maritimes	1 à Antibes 1 à Cannes 1 à Mougins 2 à Nice 1 à Saint Laurent du Var	1 à Antibes 1 à Cannes 2 à Nice 1 à Saint Laurent du Var	Les services de pédiatrie doivent établir des protocoles de prise en charge avec le centre de référence régional autorisé
Bouches du Rhône	1 à Aix en Provence* 5 à Marseille	1 à Aubagne 2 à Aix en Provence 1 à Marignane 6 à Marseille	1 à Marseille
Var	1 à Ollioules 1 à Toulon**	1 à Fréjus 1 à Ollioules 1 à Toulon**	
Vaucluse	2 à Avignon	2 à Avignon	

* Une fois que le site unique d'Aix en Provence aura vu son fonctionnement conforté et son activité stabilisée en réponse aux besoins de son territoire mais aussi à ceux des territoires alpins, une réévaluation du nombre d'autorisations pourrait être envisagée.

** Dans le cadre d'un GCS entre le CHITS et l'HIA Sainte Anne.

4.9.4 Tableau de bord de suivi de l'activité

Ces indicateurs seront analysés annuellement lors du bilan du CPOM ainsi que lors du dépôt des demandes de renouvellement d'autorisation (sur les trois dernières années).

Indicateurs relatifs aux actes d'angioplasties coronaires

Chaque établissement doit renseigner le registre des activités d'angioplastie qui comporte les items suivants :

- nombre total de patients pris en charge (code géographique PMSI, âge) dans l'année
- nombre de procédures réalisées par patient dans l'année
- nombre total de stents implantés (actifs et non actifs) par patient et par an
- nombre d'actes d'angioplasties par an
- mode d'entrée des patients relevant d'un acte d'angioplastie :
  - répartition selon l'urgence, l'accès direct en salle de cathétérisme, urgence différée, réglée ;
  - répartition selon le motif : reprise pour complication, reprise programmée ;
- nombre de séjours (et durée) en unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) par type d'actes interventionnel et nombre total de séjours (et durée) ;
- nombre d'actes non programmés réalisés pendant les heures d'ouverture et en période de permanence des soins ;
- nombre annuel d'angioplasties coronaires en phase aiguë d'IDM ST+ (<12h, primaire ou après thrombolyse) ;
- nombre de coronarographies isolées ;
- nombre de procédures d'angioplastie réalisées dans la foulée de la coronarographie diagnostique ;
- nombre de coronarographies réalisées par un cardiologue n'effectuant pas de manière régulière des procédures d'angioplastie ;
- répartition des procédures d'angioplastie par indication clinique (distinguer l'indication initiale et les indications ultérieures en cas de multi procédures) :
  - angor stable ;
  - ischémie silencieuse ;
  - SCA avec sus décalage de ST ;
  - SCA sans sus-décalage du segment ST (avec ou sans élévation de la troponinémie).

Deux indicateurs complémentaires sont mis en place :

- taux d'infections nosocomiales liées à l'activité d'angioplastie ;
- nombre de tables de coronarographie ;
- résultats de contrôles réglementaires portant sur l'hygiène et la sécurité, les radiations ionisantes.

Ces données doivent être également fournies par site d'implantation.

Indicateurs relatifs aux actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle et d'implantation de stimulateurs et défibrillateurs

- nombre total de patients pris en charge : origine géographique - classe d'âge ;
- ventilation des actes ;
- ventilation des indications ;
- nombre de séjours comprenant une reprise ;
- taux de mortalité hospitalière lié à cette activité ;
- taux d'infections nosocomiales liées à cette activité ;
- résultats de contrôles réglementaires portant sur l'hygiène et la sécurité, les radiations ionisantes ;
- tableau d'astreinte en rythmologie interventionnelle ;
- nombre et identification des chirurgiens présents sur place ayant compétence à assurer la prise en charge des complications vitales (tamponades).

MEDECINE D’URGENCE

4.10 Médecine d'urgence

Dans le contexte de recomposition de l'offre de soins et de regroupement des plateaux techniques, il est plus que jamais indispensable de garantir l'accès aux soins d'urgence dans de bonnes conditions. Les enjeux sont donc, à l'instar des volets « urgence » des SROS précédents, d'assurer un maillage permettant de garantir l'équité d'accès aux soins non programmés, mais également d'améliorer la coordination des principaux intervenants et notamment :

- l'articulation de la médecine ambulatoire et de l'offre hospitalière ;
- la mise en œuvre d'une organisation territoriale des urgences dont les réseaux territoriaux d'urgence sont les pivots. Ces réseaux regroupent l'ensemble des établissements de santé contribuant à la prise en charge des urgences et de leur suite. Cette organisation doit permettre, en lien avec les Services d'Incendie et de Secours et les transporteurs sanitaires, l'orientation des patients vers la structure la plus adaptée à leur prise en charge.

4.10.1 Bilan de l'existant

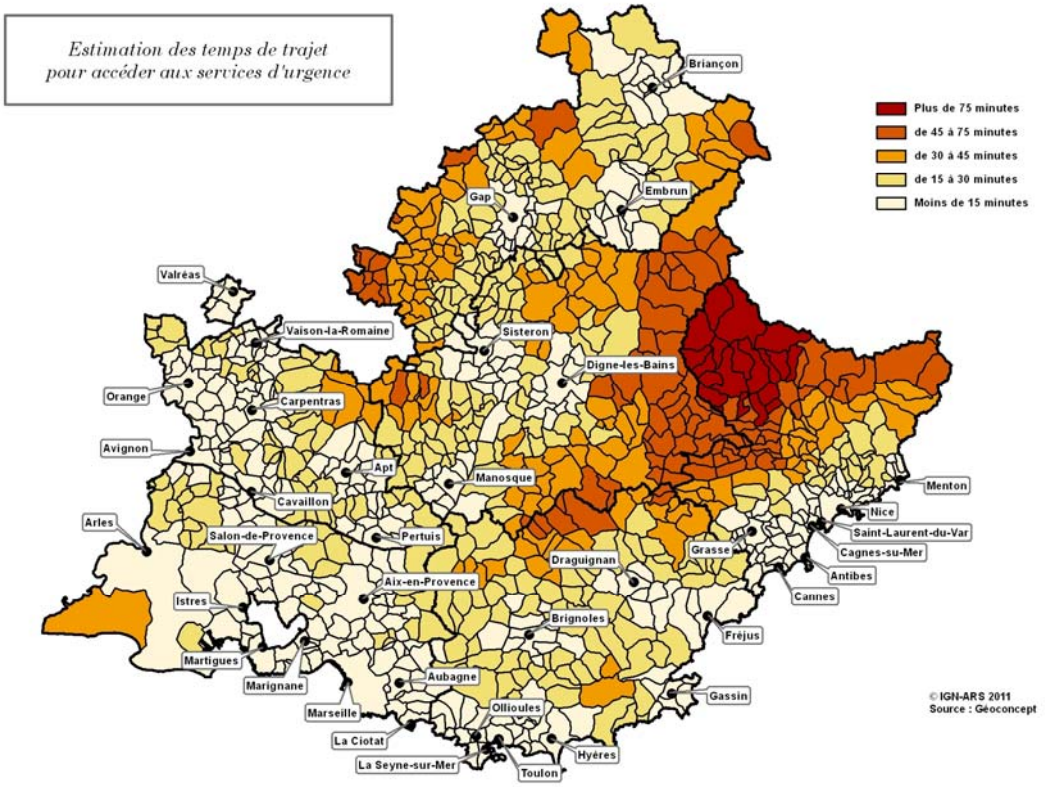
4.10.1.1 Structures de prise en charge des urgences hospitalières et préhospitalières

L'OFFRE:

Au total, la région dispose de 56 sites d'accueil de soins de médecine d'urgence (y compris les 2 sites des Hôpitaux d'Instruction des Armées) dont 6 sites spécialisés d'accueil pédiatrique. La répartition des sites permet à 99% de la population d'accéder à un site d'accueil en moins de 45 minutes (et 85% en moins de 15 minutes)
Deux projets de regroupement sont en cours de réalisation à Marseille. La couverture géographique apparaît satisfaisante.
Les SAMU sont implantés dans chaque chef lieu de département et sont donc au nombre de 6.
Le nombre d'implantations des SMUR est de 25 sites auxquels se rajoutent 4 antennes permanentes et une antenne saisonnière. A noter que, outre ces moyens, les SDIS avec leur Service de Santé et de Secours Médical, concourent à cette organisation.

TERRITOIRES	ACCUEIL D'URGENCE	ACCUEIL PEDIATRIE	SAMU	SMUR
ALPES DE HAUTE PROVENCE	Digne (1) Manosque(1) Sisteron (1)		Digne (1)	Digne (1) Manosque(1) Sisteron (1)
HAUTES ALPES	Briançon (1) Embrun* (1) Gap (1)		Gap (1)	Briançon (1) Gap (1)
ALPES MARITIMES	Antibes (1 Cagnes (1) Cannes (1) Grasse (1) Menton (1) Nice (3) St Laurent du Var (1)	Nice (1)	Nice (1)	Antibes (1) Cannes (1) Grasse (1) Nice (1) Menton (antenne de Nice)
BOUCHES DU RHONE	Aix (2) Arles (1) Aubagne (2) Istres (1)	Aix (1) Marseille (3)	Marseille (1)	Aix (1) Arles (1) Aubagne (1) Marseille (1) Martigues (1) Salon (1)

	La Ciotat (1) Marignane (1) Marseille** (7+1 HIA) Martigues (1) Salon (1)			
VAR	Brignoles (1) Draguignan (1) Fréjus (1) Gassin (1) Hyères (1) La Seyne (1) Ollioules (1) Toulon (1+1 HIA)		Toulon (1)	Brignoles (1) Draguignan (1) Fréjus (1) Gassin (1) Hyères (1 et 1 antenne saisonnière) Toulon (1)
VAUCLUSE	Apt (1) Avignon (1) Carpentras (1) Cavaillon (1) Orange (1) Pertuis (1) Vaison* (1) Valréas* (1)	Avignon (1)	Avignon (1)	Apt (antenne d'Avignon) Avignon (1) Carpentras (1) Cavaillon (1) Orange (1) Pertuis (antenne d'Aix) Vaison (antenne d'Orange)



A noter que 99,3 % de la population habite à moins de 45 minutes d'un service d'urgence.

L'ACTIVITE

- **Structures d'accueil des urgences**

Activité des services d'urgence 2010

	04	05	06	13	83	84	PACA
total de passages	54357	49181	320883	552588	271522	179239	1427770
passages Patients < 1 an	1279	754	8202	26187	7344	6824	50590
passages Patients >= 75 ans	7066	6072	44228	56994	38678	22422	175460
Hospitalisations hors UHCD	5890	10229	37534	70665	33164	21196	178678
Hospitalisations en UHCD	4611	2596	22252	32437	33460	12844	108200
Transferts vers un autre établissement	1527	636	5384	6908	8081	4519	27055

*source serveur régional de veille et d'alerte

L'activité des structures d'urgence, qui a augmenté de 5.9% en 4 ans, est relativement stable sur les 2 dernières années.

- 1 348 083 en 2007
- 1 368 476 en 2008,
- 1 421 571 en 2009,
- 1 427 780 en 2O10.

La mission prioritaire des services d'urgence reste la prise en charge des urgences lourdes médicales, chirurgicales et psychiatriques. Leur nombre n'a pas subi ces dernières années d'évolution significative. Ce ne sont donc pas elles qui expliquent l'augmentation d'activité des services d'urgence notée ces dernières années.
C'est beaucoup plus la réponse à un besoin de soins inopinés, qui n'est pas la vocation première de ces services, qui génère cette croissance d'activité. Ce besoin relève davantage d'une prise en charge ambulatoire. Il entraîne un surcroît d'activité préjudiciable à la disponibilité des équipes et donc à l'efficacité du service pour assurer sa vocation.

Si les services se sont adaptés à cette croissance constante pour y faire face, elle génère néanmoins une fragilité importante. En effet, les services des urgences fonctionnant à flux tendu, ont des difficultés pour s'adapter aux variations quotidiennes, hebdomadaires ou saisonnières d'activité. De ce fait, le « moindre grain de sable » dans le dispositif entraîne une saturation complète du service.
Malgré ces difficultés, les urgences lourdes font l'objet d'une prise en charge initiale adaptée. Par contre la suite des soins en aval de celle-ci, que ce soit au sein des établissements ou après une demande de transfert, est parfois plus difficile à mettre en œuvre.

- **Urgence pré hospitalière**

Sur les dernières années, on note une augmentation de l'ensemble du nombre de transports, qu'ils soient ou non médicalisés. Les causes sont multifactorielles et les éléments disponibles ne permettent pas d'affiner l'analyse.

Evolution de l'activité d'urgence pré hospitalière

	2007	2008	2009	2010
Nombre d'appels	1521756	1544147	1366875	1534123
Nombre d'affaires	803346	821552	879863	842371
Conseil médical	188358	190506	222251	193244
Ambulance privée	66305	71923	72799	74532
Consultation médecine générale	29697	29062	30554	27552
Visite médecin généraliste	47153	50543	53293	50844
Envoi d'un VSAB (hors SMUR)	126293	135468	160701	174612
Moyen médicalisé par le SDIS	5861	5928	5263	4139
SMUR primaire	48437	47502	51601	53960
SMUR inter hospitaliers	12618	12000	13481	13967

source serveur régional de veille et d'alerte

Rapportées à la population de chaque département, ces données mettent en évidence de grandes disparités dans le recours de celle-ci au Centre 15 par département et dans la réponse apportée par ce dernier à cette demande. La réponse est largement dépendante de la disponibilité des moyens.

activité urgence préhospitalière 2010 par département

	04	05	06	13	83	84	PACA
Nb appels	73126	59331	382304	550843	358353	110166	1534123
Nb total affaires	36639	47434	226387	314118	158212	59581	842371
Conseil médical	9793	8583	39036	88180	37599	10053	193244
Ambulance privée	4990	4833	15246	17657	23396	8410	74532
Consultation médecine générale	4700	3960	15900	878	0	2114	27552
Visite médecin généraliste	1441	1049	11824	20730	3333	12467	50844
Envoi d'un VSAB (hors SMUR)	7597	1924	19488	79152	59670	6781	174612
Moyen médicalisé par le SDIS	84	97	2002	1409	474	73	4139
SMUR primaire	1507	2119	7258	20643	9217	13216	53960
SMUR inter hospitaliers	236	390	2861	4984	2939	2557	13967
TIH Médicaux Néo-natals	1	0	276	344	104	115	840
TIH Infirmiers	0	3	421	0	746	0	1170

A noter que ces données doivent être interprétées avec prudence car les définitions comme les modalités de recueil restent encore disparates entre les différents SAMU.

- **La régulation**

L'organisation d'une régulation mixte, hospitalière et libérale, permet d'apporter une réponse spécifique suivant la nature de l'appel (permanence des soins, aide médicale urgente ….)
L'ensemble des établissements sièges de SAMU a signé une convention avec une association de médecins libéraux. Cette convention garantit la présence de médecins libéraux au sein des Centres 15. Cette organisation a permis d'améliorer l'articulation entre la permanence des soins et l'aide médicale urgente.
Il est souhaitable que les Services d'Incendie et de Secours y participent également, ce qui n'est le cas dans notre région, que dans 2 départements (Bataillon des Marins Pompiers pour Marseille dans les Bouches du Rhône et SDIS dans le Vaucluse).

- **Les transports médicalisés**

Le bilan de l'organisation globale des urgences pré hospitalières fait apparaître un maillage suffisant en termes d'implantation des SMUR.
Cependant pour la couverture de certaines zones fragiles, il est nécessaire d'améliorer la coordination entre les SMUR terrestres ou héliportés (hélicoptères sanitaires et hélicoptères d'Etat) et les moyens de secours des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS).

- **L'articulation SAMU-SDIS-transporteurs sanitaires**

L'interconnexion 15/18 est effective dans tous les départements.
Le développement d'Antares permettant l'interopérabilité des services publics participant aux missions de la Sécurité Civile facilitera encore davantage la communication entre les SAMU et les SDIS. Le déploiement est en cours dans la région et déjà opérationnel dans 3 départements
Les conventions bipartites (SAMU/ SDIS et SAMU/Transporteurs sanitaires), en cours de révision, doivent intégrer les principes d'organisation des référentiels communs Secours à personne / Aide Médicale Urgente (arrêté du 24 avril 2009) et SAMU / Transporteurs sanitaires (arrêté du 5 mai 2009).

Les difficultés sont objectivées par les indisponibilités ambulancières qui se définissent par le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés constaté par le Centre 15 lorsque ce dernier les sollicite pour des interventions relevant de leurs missions.
Le Centre 15 doit alors mobiliser le Service d'Incendie et de Secours pour faire effectuer le transport. Les interventions réalisées par les SIS dans ce cadre font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements sièges de SAMU.

Interventions SDIS par indisponibilité des transporteurs sanitaires privés

département	Siège de SAMU	enquête 2008 nombre d'interventions déclarées	enquête 2009 nombre d'interventions déclarées
04	CH Digne	61	250
05	CH GAP	300	350
06	CHU NICE	4 919	2 525
13	AP-HM	6 550	6 448
83	CHI TOULON	2 073	1 800
84	CH AVIGNON	295	349
Région	PACA	14 198	11 722

Le taux d'indisponibilités ambulancières est élevé en région PACA par rapport à la moyenne nationale. Cependant il est très différent selon les départements. Il est indispensable d'harmoniser, dans les conventions SAMU/SDIS et SAMU /Transporteurs sanitaires, la définition réglementaire des indisponibilités ambulancières.

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 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.

4.10.1.2 Permanence des soins ambulatoires

La permanence de soins ambulatoires (PDSA) est organisée sur l'ensemble des territoires de santé de la région, dans le cadre de cahiers des charges départementaux. Les CODAMUPS se réunissent au moins une fois par an et des ajustements de secteurs ou de couverture horaire ont été régulièrement mis en œuvre.
Les modalités de définition des secteurs de gardes (distances, population couverte et offre de soins) ne sont pas homogènes d'un département à l'autre ; il en est de même concernant la réponse apportée selon les tranches horaires.
Lorsque la PDSA est organisée en nuit profonde (de 0h à 8h), l'activité est souvent extrêmement faible, à l'exception des zones urbaines côtières. En revanche, l'activité des dimanches et fériés est soutenue sur la plupart des secteurs.
En zone urbaine, la désaffection des médecins généralistes installés en cabinet pour participer à la PDSA est partiellement compensée par la présence d'associations de type « SOS médecins ».
Les maisons médicales de garde apparaissent comme un facteur structurant et mobilisateur ; Il en existe actuellement 18 qui répondent au cahier des charges régional. Le développement de ces structures a été notamment encouragé à proximité immédiate des services autorisés à l'accueil des urgences.

	Nombre de secteurs avant minuit	**Nombre de secteurs après minuit**	**Nombre de secteurs samedi après midi**	**Nombre de secteurs dimanche et fériés**
Alpes de Haute Provence	22	16		21
Hautes Alpes	10	7		13
Alpes Maritimes	52	48	55	55
Bouches du Rhône	50	29	65	65
Var	19	8	19	19
Vaucluse	10	2	31	31
PACA	163	110	170	204

4.10.2 Orientations stratégiques

L'ensemble des orientations vise à répondre à quatre objectifs :

1°) Améliorer l'accès aux soins et faciliter l'orientation des patients directement vers le plateau technique adapté à la pathologie :
- en améliorant l'articulation entre la médecine libérale et la régulation médicale ce qui passe par la présence de médecins libéraux au sein du C15 et sur le terrain (PDSA) ;
- par la disponibilité et la coordination des moyens de transports qu'ils soient sanitaires ou de secours, médicalisés ou non (développement de logiciels de géo localisation, régulation de l'engagement des moyens, information en temps réel sur leur disponibilité) ;
- grâce à l'accessibilité des plateaux techniques et des services destinataires adaptés (Répertoire Opérationnel des Ressources, gestion anticipée des tensions hospitalières)

2°) Fédérer les moyens disponibles sur un territoire de santé : ambulatoires, hospitaliers, SIS, transporteurs sanitaires :
- par la signature de conventions SAMU/SDIS et SAMU/Transporteurs Sanitaires. La mise en cohérence de leurs référentiels respectifs nécessite de fixer des objectifs communs qui doivent être inscrits à l'identique dans chacune des conventions ;
- par le respect de la réglementation hospitalière lors de la participation des médecins hospitaliers aux missions de secours médicalisé

Un bon équilibre du partage des moyens médicaux entre les établissements de santé et les SIS passe par une définition, conforme aux exigences règlementaires des règles d'engagements des personnels médicaux partageant leur activité entre services hospitaliers et missions de sapeur-pompier volontaires. Ces règles doivent faire l'objet d'une convention entre les établissements de santé et les SDIS ;
- par la poursuite du déploiement d'Antares et son utilisation opérationnelle par les différents acteurs concernés.

3°) Améliorer la qualité et la sécurité des soins :
- par le développement de l'informatisation et la saisie exhaustive des données médicales ;
- par la sécurisation du parcours des patients grâce à la régulation et au suivi de leur prise en charge pré hospitalière.

4°) Améliorer la performance et l'efficience du dispositif pré hospitalier :
- par la coordination des moyens disponibles sanitaires et de secours (articulation SROS/SDACR)[33] ;
- par la poursuite de la réflexion sur le bon dimensionnement du parc et la bonne utilisation des moyens héliportés (hélicoptères sanitaires et hélicoptères d'Etat) ;
- par l'harmonisation des conditions d'engagement des moyens par la régulation médicale et par les services d'incendie et de secours et l'amélioration de l'information réciproque sur ces engagements.

4.10.2.1 La Permanence des soins ambulatoire (PDSA)

4.10.2.1.1 Définition

La permanence des soins ambulatoires, mission de service public, consiste à mettre en place une organisation territoriale articulée en amont de l'arrivée aux urgences pour apporter une réponse à une demande de soins non programmée aux heures de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé. Elle se distingue de l'aide médicale urgente qui répond à un besoin mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.
Tout médecin ayant conservé une activité clinique est susceptible d'y participer, en collaboration avec les établissements de santé.
Le dispositif s'appuie sur la régulation médicale des appels.
La loi HPST transfère du préfet de département à l'Agence régionale de santé la responsabilité d'organiser la permanence des soins ambulatoires. Le pouvoir de réquisition reste de la compétence du préfet, sur proposition de l'ARS.
L'ARS est également compétente pour fixer le tarif de l'astreinte et de l'heure de régulation des libéraux, dans le cadre d'une enveloppe régionale annuelle fermée.

4.10.2.1.2 L'organisation régionale

Cette nouvelle organisation est consignée au sein du cahier des charges régional, complété par des annexes départementales qui précisent le découpage des territoires de permanence des soins, l'organisation des effecteurs et de la régulation des appels et le montant de la rémunération de ces deux activités.
L'organisation de la PDSA doit pouvoir s'organiser au sein des espaces de santé de proximité (cf. schéma régional de l'organisation des soins ambulatoires), partant du principe que l'organisation et la coordination diurne doivent pouvoir trouver une continuité la nuit et le week-end. Néanmoins, la transition entre les anciens secteurs de gardes et les nouveaux territoires de PDSA, doit se faire de manière concertée et progressive. Certaines exceptions restent possibles, notamment en ce qui concerne les territoires de PDSA interdépartementaux.
Sur un territoire de PDSA, un ou plusieurs effecteurs peuvent être mobilisés, avec une grande souplesse dans l'organisation. La complémentarité des acteurs sera toujours recherchée, afin de

[33] Schéma départemental de couverture des risques

répondre au mieux aux besoins de la population ; cette démarche doit être particulièrement encouragée sur la période minuit-8h.
Le développement des maisons médicales de garde à proximité immédiate des services d'urgence dans les établissements autorisés à cette activité sera encouragé. Cette organisation doit permettre de fluidifier les passages aux urgences et de recentrer chaque acteur sur ses missions.
En milieu rural, s'il existe des maisons de santé pluriprofessionnelles, la création de maisons médicales de garde devra s'appuyer sur ces structures.
La régulation des appels de PDSA est organisée au sein des centres 15. Des dispositifs de régulation libérale, hors des murs des centres 15, peuvent être proposés, dès lors qu'ils auront fait la preuve de leur plus value. Ils doivent être interconnectés avec le centre 15. En tout état de cause, il n'existe qu'une seule régulation libérale par département.
Le montant des forfaits d'astreinte et de régulation libérale est fixé par le cahier des charges régional de la PDSA, dans le respect de l'enveloppe régionale. Le tarif est unique en tout point du territoire. Pour la régulation libérale, il peut varier selon les tranches horaires.

4.10.2.2 La régulation

L'amélioration de la réponse apportée par la régulation des Centres 15 passe par la mise en œuvre des priorités suivantes :

- garantir une réponse adaptée par le maintien de plateformes de régulation mixte hospitalière et libérale.
  Le règlement intérieur de la salle de régulation devra être conforme à un règlement type. Celui-ci définira précisément les principes d'organisation et le rôle de chacun (notamment Assistant de Régulation Médicale, médecin hospitalier et médecin libéral) ainsi que les conditions de leur articulation.

- optimiser les ressources engagées :
  - en ajustant les moyens aux besoins qualitativement (présence de la médecine libérale et hospitalière) et quantitativement notamment lors des pics d'activité saisonniers ou hebdomadaires ;
  - par la mutualisation des ressources disponibles dans les différents SAMU en s'appuyant sur leur interconnexion, en cas d'indisponibilité de l'un d'entre eux.
  Cette interconnexion permet d'échanger les dossiers de régulation. Les données devront également pouvoir être transférées aux SMUR et aux structures d'urgence.
  La mise en place de partage des ressources doit être réalisée entre les SAMU 04 et 05 pour lesquels la mutualisation des Centres de Réceptions et de Régulation des Appels (CRRA) demeure une priorité déjà prévue dans le SROS 3.

- sécuriser et diversifier la réponse apportée :
  - par le recours au débordement d'appel pour permettre la prise en charge des appels à un CRRA par un autre, lorsque le premier n'est pas en mesure de prendre l'appel ;
  - par la mise en service de la plateforme d'information régionale en santé pour informer la population sur des questions de santé ;
  - en apportant une réponse adaptée aux « patients remarquables » nécessitant, en cas d'urgence, une prise en charge spécifique (assistance respiratoire…). En effet, certains patients nécessitent d'être connus par la régulation avant tout appel au 15. La déclaration de ces patients au SAMU devra être réalisée directement par les professionnels qui en assurent le suivi sur un outil accessible sur internet.

- sécuriser les Centres 15
  Les recommandations nationales doivent être mise en œuvre dans chaque structure. En matière de téléphonie, l'installation doit être sécurisée (sécurisation des autocommutateurs, des serveurs et des liaisons) de façon à éviter, lors d'évènements imprévisibles, une perte complète de réception des appels.

- garantir la performance du dispositif régional de régulation par l'harmonisation des pratiques de régulation et le partage des dispositifs d'évaluation de l'activité des SAMU-centres 15,

Les indicateurs d'activités doivent pouvoir être mis en ligne en temps réel. Cette préconisation doit être appliquée à tous les départements. Elle sera utilisée pour le plan «hôpital en tension».

4.10.2.3 Les SMUR

Principes organisationnels généraux

Les implantations actuelles des SMUR permettent de répondre de manière adaptée aux besoins de la population. Aussi aucun nouveau site d'implantation n'est envisagé.

Cependant des améliorations du dispositif sont nécessaires, notamment en matière de coordination, d'optimisation des moyens engagés et de qualité des pratiques.

- Optimisation des moyens engagés :
  - par la définition du périmètre d'intervention des SMUR sur la base des délais d'intervention. Les secteurs d'intervention de chaque SMUR sont précisés dans la liste des communes de 1er appel (cf. annexe «communes de rattachement des SMUR») ;

  - par la connaissance en temps réel de la disponibilité et de la localisation des moyens. A ce titre, la géo localisation des moyens SMUR est une priorité. Elle sera réalisé au moyen du réseau Antares ;

  - par la rationalisation des moyens disponibles dans chaque établissement
    La mutualisation entre équipe de SAMU, d'urgence et de SMUR d'un même établissement ou d'établissements voisins est une priorité.

- Sécurisation des moyens engagés
  - une intervention SMUR primaire ou un transport inter-hospitalier doit toujours être régulé par le SAMU de référence ;
  - les modalités de l'organisation des transports inter hospitaliers doivent être définies dans chacun des territoires.

- Amélioration de la qualité des soins

L'analyse de la qualité des pratiques passe par la connaissance de l'activité réalisée. Or, l'information portant sur l'activité des SMUR reste encore insuffisante.
A ce titre, il faut promouvoir une informatisation régionale commune à tous les SMUR et antennes.

Le cas particulier des transports héliportés

- <u>L'offre régionale héliportée</u>
  Elle est importante puisque la région dispose de 5 hélicoptères sanitaires et de la participation des hélicoptères d'Etat aux missions sanitaires.

  L'intérêt des transports héliportés est de garantir un transfert plus rapide que par voie terrestre. Cette condition n'est garantie que si des hélisurfaces sont présentes sur les établissements sanitaires à plateaux techniques lourds ainsi que sur les établissements isolés géographiquement sollicitant des transferts urgents.
  Il est indispensable que ces établissements disposent d'une zone de posé aux normes (hélisurface ou hélistation selon l'importance de l'activité héliportée et aire de stationnement pour les établissements disposant d'un hélicoptère sanitaire)

- <u>La coordination régionale</u>
  Une coordination régionale de l'ensemble des moyens héliportés sanitaires disponibles est indispensable. Confiée au SAMU 13, elle permet de connaître en permanence les moyens disponibles sur la région afin de déterminer le vecteur à engager sur la base d'arbres décisionnels.

Les objectifs essentiels sont :

- d'éviter toute redondance des moyens engagés sur une intervention ;
- d'engager l'hélicoptère sanitaire sur les indications médicales justifiées ;
- d'anticiper le placement du patient en service spécialisé ;
- de gérer en temps réel les mouvements aériens régionaux ;
- de sécuriser les conditions d'intervention et de vol.

- L'organisation des hélicoptères sanitaires
  Une réflexion sur la distribution des hélicoptères sanitaires en coordination avec les hélicoptères d'état est en cours de finalisation. Les conclusions de cette réflexion devront guider les évolutions nécessaires.

Les transferts infirmiers inter-hospitaliers

Les transports infirmiers inter hospitaliers sont insuffisamment mise en œuvre. Des protocoles précis définissant les indications retenues et les modalités de surveillance et les liaisons avec les services de référence doivent en garantir la sécurité et faciliter leur développement.

Les médecins correspondants de SAMU

Les médecins correspondants du SAMU sont formés à la prise en charge de l'urgence vitale.
Ils constituent des relais utiles, en liaison permanente avec le SAMU, dans l'attente de l'arrivée d'un SMUR.
Ils ne sont nécessaires que dans les zones isolées. Ils sont déclenchés par le Centre 15 en même temps que le SMUR, lorsque son délai d'intervention est jugé trop long.

4.10.2.4 Les transports sanitaires non médicalisés régulés par le Centre 15

Ils sont destinés notamment au transport de patients qui, sur décision du Centre 15, doivent être orientés vers un établissement hospitalier dans les conditions prévues par la convention SAMU/Transporteurs sanitaires.
La présence d'ambulanciers au sein du centre 15 et l'existence de moyens de connexion entre les centres 15 et les transporteurs sanitaires pourraient permettre de réduire les indisponibilités ambulancières.
La mise en place d'une géo localisation des moyens ambulanciers permettra d'améliorer la connaissance de leur disponibilité.

4.10.2.5 L'accueil des urgences

L'objectif est d'adapter le nombre de sites d'accueil nécessaire pour couvrir les besoins de la population.
Dans les grandes agglomérations (Nice et Marseille), le nombre de structures d'accueil des urgences reste excessif. De ce fait leurs regroupements doivent être encouragés.

4.10.2.6 Accessibilité

Accessibilité

Elle doit être géographique, mais également sociale et financière. L'accessibilité financière par une application stricte des tarifs opposables doit être garantie pour les soins facturés aux urgences ainsi que lors de l'hospitalisation suivant le passage aux urgences. Dans les établissements publics, une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) doit permettre l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

Accès à l'imagerie en urgence

L'accès à l'imagerie conventionnelle doit être possible en permanence, de même que l'accès à l'échographie. L'accès au scanner H24 tous les jours de l'année doit être garanti.
L'accès à l'IRM 24h/24 est obligatoire pour les sites possédant une unité neurovasculaire (UNV).

Accès aux produits sanguins labiles

La disponibilité en produits sanguins labiles (concentrés de globules rouges et plasmas frais congelés) en urgence vitale, c'est-à-dire en moins de 30 minutes, devra être assurée selon les conditions définies dans le Schéma d'organisation de la transfusion sanguine.

4.10.2.6.1 Le réseau territorial des urgences (RTU)

Le réseau territorial des urgences (RTU) a pour mission de coordonner les moyens de chaque établissement de la région pour optimiser la prise en charge en urgence des patients en leur assurant un accès à des compétences, des techniques et des capacités d'hospitalisation.
L'organisation régionale s'appuie sur l'Instance collégiale régionale de réseaux d'urgence.
Toutes les structures d'urgence doivent transmettre les RPU en temps réel. Ils sont indispensables à l'évaluation du fonctionnement de l'organisation des urgences réalisée par l'ORU. Elles permettent par ailleurs d'identifier les circonstances qui justifient l'activation du plan « hôpital en tension ».

4.10.2.6.2 Filières de soins

Plateaux techniques lourds en accès direct

Il s'agit d'activités ou de plateaux techniques spécialisés nécessairement accessibles directement, sans passage par un service d'urgence. Ils répondent à des situations cliniques mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel du patient.

Les activités ou plateaux techniques spécialisés concernés sont exclusivement :

- réanimation adulte et pédiatrique ;
- USIC ;
- cardiologie interventionnelle ;
- UNV (comprenant obligatoirement des lits d'USINV) ;
- Neurochirurgie ;
- neuroradiologie interventionnelle ;
- traitement des hémorragies par embolisation d'hémostase ;
- chirurgie cardiaque ;
- chirurgie de réimplantation des membres ou des doigts ;
- traitement des brûlés ;
- traitement par caisson hyperbare.

Ils justifient la mise en place de zone de posé d'hélicoptère sur site.

Filières spécifiques

- **Urgences neurovasculaires (AVC**)
  L'accident vasculaire cérébral est une pathologie aigue, nécessitant une prise en charge en extrême urgence. En PACA, l'objectif pour l'AVC à la phase aigue consiste à mettre en place une prise en charge s'appuyant sur la télémédecine avec thrombolyse si nécessaire, puis transfert vers l'UNV.

- **Syndrome coronarien aigu**
  Toute douleur thoracique suspecte de syndrome coronarien aigu doit faire l'objet d'un appel au CRRA-centre 15. Les modalités de prise en charge et les protocoles sont définis par les professionnels au sein d'une filière de soins. Cette dernière inclue la participation à un registre spécifique permettant l'évaluation des pratiques et la régulation des transports.

- **Chirurgie de réimplantation des membres**
  L'amputation traumatique d'un doigt ou d'un membre est une urgence chirurgicale qui doit être adressée sans délai vers un centre spécialisé par le CRRA-centre 15.

Populations spécifiques

Prise en charge des enfants et adolescents aux urgences

Le maillage des urgences pédiatriques correspond à 3 types de structures :

- Les établissements sans service de pédiatrie (proximité),
- Les établissements avec service de pédiatrie (recours),
- Les établissements avec pédiatrie, chirurgie pédiatrique, réanimation pédiatrique (référence).

Cette organisation devra être déclinée au niveau de chaque projet médical de territoire qui définit des moyens en regard de ces trois niveaux de soins permettant aux services d'accueil d'un territoire de disposer d'une réponse aux besoins en pédiatrie aussi bien sur le plan médical que chirurgical. Pour un territoire dépourvu de moyens pédiatriques de recours, l'organisation doit s'appuyer sur les territoires voisins.

Pour les structures d'urgence sans unité d'accueil spécifique pédiatrique, l'accueil initial est assuré au minimum par un médecin urgentiste disposant de protocoles médicaux et chirurgicaux pédiatriques.
Le volet chirurgie du SROS PRS prévoit la mise en place d'une organisation régionale en réseau de chirurgie pédiatrique qui participe également au principe de gradation des soins hospitaliers

Cette gradation suppose une contractualisation pragmatique et formalisée entre ces trois types de structures (proximité, recours, référence : un avis doit pouvoir être demandé à tout moment au centre spécialisé ou de référence concernant la prise en charge chirurgicale d'un enfant (appel téléphonique, transmission d'images…). Cette formalisation prendra la forme d'une annexe opérationnelle de la convention constitutive du réseau des urgences.

Prise en charge des personnes âgées

Actuellement, plus de 12% des passages aux urgences concernent des personnes âgées de plus de 75 ans (alors qu'elles représentent seulement 10% de la population totale) et 5,5% pour les plus de 85 ans. Près d'un quart d'entre elles fait 2 passages ou plus par an. Par ailleurs, ces personnes âgées ont une durée de séjour aux urgences ou en UHCD plus longue, et posent des difficultés pour l'hospitalisation.

Aussi, il faut limiter les hospitalisations évitables :

- en facilitant la liaison directe entre le médecin traitant et le médecin hospitalier ;
- en développant des modes de prise en charge en amont des urgences, pour y éviter un passage inapproprié : il s'agit de faciliter l'accès à l'HAD, y compris en EHPAD, hôpital de jour pour la réalisation de bilans et traitements) ;
- en déclinant de manière complète et opérationnelle des conventions entre EHPAD et établissements autorisés à la médecine d'urgence permettant un accès facilité aux services de l'hôpital en dehors de la structure d'urgences ;
- en identification des appels itératifs au 15 qui relèvent plus de problématiques sociales afin de les réorienter vers des prises en charge adaptées.

Il faut également raccourcir la durée de passage et faciliter la prise en charge aux urgences :

- En établissant des fiches de liaison à destinations des structures d'urgence pris en charge en HAD ou EHPAD.
- En faisant intervenir les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) de préférence dès l'accueil dans la structure d'urgence. L'EMG doit également assurer la liaison avec des équipes de ville pour les patients faisant des passages itératifs aux urgences.

Il est souhaitable qu'une équipe mobile gériatrique soit accessible dans les établissements à forte activité d'urgence.

La fluidité de la filière sera améliorée par une diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, permettant la libération plus rapide des lits d'hospitalisation destinés aux personnes âgées. Le module SSR du ROR permet une orientation plus rapide dans un SSR adapté.

Prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques

L'activité de la psychiatrie aux urgences représente 10 à 15% de l'activité totale des urgences médicales. Un diagnostic spécialisé en psychiatrie est demandé par les urgences générales dans 5 à 6% des cas. L'activité des urgences psychiatriques est en constante augmentation dans tous les établissements.

Les Centres d'Accueil Permanents (CAP) sont prévus pour répondre à l'urgence psychiatrique. Ils organisent l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, la mise en œuvre des premiers soins nécessaires. Ils peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit heures (CAP 48) et sont situés dans la structure d'urgence.

Trois types d'urgences psychiatriques peuvent se présenter, avec des problèmes différents :

- Les urgences psychiatriques correspondant à une décompensation d'une affection préexistante. Une réflexion est à mener sur ces patients connus des circuits de soin de manière à mieux gérer en amont, les urgences « attendues », par rupture de prise en charge ou de traitement.
- Les urgences intriquées de type médico-psychiatrique (tentative de suicide, psycho traumatisme, troubles liés à l'alcoolisme et aux toxicomanies).
- Les situations de crise et de détresse psychosociale réalisant des états aigus à expression émotionnelle intense.

Des consultations post-urgence devraient être organisées pour ces patients, afin d'éviter une hospitalisation ultérieure.

4.10.2.7 Implantations par territoire

TERRITOIRES	ACCUEIL D'URGENCE	ACCUEIL PEDIATRIQUE	SAMU	SMUR
ALPES DE HAUTE PROVENCE	Digne (1) Manosque(1) Sisteron (1)		Digne (1)	Digne (1) Manosque(1) Sisteron (1)
HAUTES ALPES	Briançon (1) Embrun* (1) Gap (1)		Gap (1)	Briançon (1) Gap (1)
ALPES MARITIMES	Antibes (1 Cagnes (1) Cannes (1) Grasse (1)	Nice (1)	Nice (1)	Antibes (1) Cannes (1) Grasse (1) Nice (1) Menton (antenne de Nice)

	Menton (1) Nice (3) St Laurent du Var (1)			
BOUCHES DU RHONE	Aix (2) Arles (1) Aubagne (2) Istres (1) La Ciotat (1) Marignane (1) Marseille** (5+1 HIA) Martigues (1) Salon (1)	Aix (1) Marseille (3)	Marseille (1)	Aix (1) Arles (1) Aubagne (1) Marseille (1) Martigues (1) Salon (1)
VAR	Brignoles (1) Draguignan (1) Fréjus (1) Gassin (1) Hyères (1) La Seyne (1) Ollioules (1) Toulon (1+1 HIA)	Toulon (1)	Toulon (1)	Brignoles (1) Draguignan (1) Fréjus (1) Gassin (1) Hyères (1 et 1 antenne saisonnière) Toulon (1)
VAUCLUSE	Apt (1) Avignon (1) Carpentras (1) Cavaillon (1) Orange (1) Pertuis (1) Vaison* (1) Valréas* (1)	Avignon (1)	Avignon (1)	Apt (antenne d'Avignon) Avignon (1) Carpentras (1) Cavaillon (1) Orange (1) Pertuis (antenne d'Aix) Vaison (antenne d'Orange)

* 3 sites doivent être mutualisés avec une structure d'urgence à activité soutenue (**Embrun** avec Gap, **Valréas** et **Vaison la Romaine** avec Orange).
** 2 sites seront regroupés (à échéance 2016) : AP-HM Conception sur le site AP-HM Timone et les hôpitaux privés Ambroise Paré et Paul Desbief sur le site de l'hôpital.

4.10.3 Indicateurs de suivi

4.10.3.1 Activité de PDSA

- le nombre de prises en charge régulées par le CRRA C15 ;
- le nombre de consultations et le nombre de visites à domicile par créneaux horaires (nuit de 20h à 24h, nuit de 0h à 8h, samedi de 14h à 20h et dimanche et fériés de 8h à 20h) ;
- nombres de certificats de décès établis en journée.

4.10.3.2 Activité du SAMU et des SMUR

- nombre d'appels et nombre d'affaires régulées ;
- nombres de sorties par SMUR : SMUR primaires, Transports Inter Hospitaliers (TIH), TIH infirmiers, TIH néonataux et pour chacun des indicateurs le sous total héliporté ;
- nombre de transports réalisés par les VSAV des SIS (hors prompt secours et secours à personne), par indisponibilités des transporteurs sanitaires privés ;
- durée moyenne d'intervention par vecteur, jours et tranche horaire de déclenchement, de départ et d'arrivée sur zone (début de prise en charge), de départ et d'arrivée à l'établissement, (donc durée totale de la mission et durée de la prise en charge) ;

- nombre d'accès direct aux plateaux techniques, en fonction des spécialités définies, et nombre d'arrivées à partir d'une structure d'urgence.

4.10.3.3 Activité des structures d'urgence

- Nombre annuel de passages aux urgences, nombre de passages journaliers, nombre de patients admis en UHCD et leur durée de séjour,
- patients de plus de 75 ans, de moins de 1 an,
- temps moyens d'attente et durée moyenne du passage aux urgences par type de passage (sortie après soins, hospitalisation ou transfert),
- classification CCMU des patients,
- nombre de patients opérés la nuit, dimanche et fériés (avec les heures d'intervention),
- nombre de patients transférés hors de l'établissement d'accueil et motif,
- proportion de patients CCMU 1 reçus pendant les heures de PDS.

Ces indicateurs, complétés secondairement par des indicateurs qualitatifs, constitueront un tableau de bord régional qui sera renseigné annuellement par toutes les structures disposant d'une autorisation de médecine d'urgence.

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE (PDSES)

4.11 Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

4.11.1 Définition

La PDSES est à différencier de la continuité des soins :

- la PDSES 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 règlementaire 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 de faire évoluer l'organisation depuis une « approche établissement » vers une «approche territoriale».
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 permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les CPOM des établissements concernés.
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 cette population. 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 PDSES 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).

4.11.2 Obligations règlementaires de PDSES

4.11.2.1 Consécutives à la participation au dispositif régional de PDSES

- Inscription 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 ;
- Evaluation de l'activité réalisée en urgence selon les modalités définies dans le CPOM ;
- Garantie, pour cette mission de service public, de l'accessibilité financière par une application stricte des taris opposables pour tout patient adressé par le SAMU, par une structure d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire.

4.11.2.2 Consécutives aux conditions techniques de fonctionnement de la PDSES

Pour certaines spécialités, la PDSES est une des conditions de l'autorisation et donc imposée règlementairement.

4.11.3 Enjeux du schéma cible de PDSES

4.11.3.1 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 à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés.

4.11.3.2 Améliorer la qualité de prise en charge

Sécuriser les parcours de soins non programmés pour obtenir une prise en charge directe sur le plateau technique le plus adapté.

4.11.3.3 Améliorer l'efficience

- 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 doublons entre établissements sur une même activité, pour éviter les dépenses inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDSES.

4.11.4 Méthode

L'analyse repose sur trois approches complémentaires :

- un état des lieux constitué par les résultats de l'enquête DHOS de 2008 validés puis complétés ;
- une approche qualitative issue de la réflexion menée par l'ORU PACA sur les situations cliniques justifiant le recours aux spécialistes et/ou à un élément de plateau technique hospitalier (diagnostics critiques) à partir des données constatées dans les services d'urgences (selon thésaurus de CIM 10) après validation par un groupe technique constitué d'urgentistes et de praticiens exerçant dans la spécialité ou sur le plateau technique concerné ;
- une approche quantitative qui détermine le volume des appels, avec déplacement physique du professionnel dans les différentes structures d'urgences ou dans un service ou sur un élément du plateau technique, réalisés pour le compte de chaque spécialité.

Cette analyse multifactorielle permet de construire un arbre de décision propre à chaque spécialité à partir du niveau de criticité (fréquence, gravité potentielle et degré d'urgence) de chaque situation décrite. Cet arbre définit pour chacune des spécialités un temps d'accès au praticien ou à l'élément du plateau technique acceptable.
Cet arbre de décision permet ensuite de définir, pour chaque spécialité, un délai d'accès maximal à partir des sites d'urgences ou en accès direct.
Cette définition du « délai acceptable » permet d'introduire une approche territoriale. Est ainsi déterminé le territoire de couverture acceptable pour une permanence des soins hospitaliers spécialisée.

Ce travail d'analyse a permis de proposer une organisation cible qui a été soumise à l'avis de l'Instance Collégiale Régionale des réseaux territoriaux des urgences.
Ainsi, chaque ligne de permanence des soins existante (garde ou astreinte) est analysée pour juger de son utilité dans le dispositif régional de PDSES et aboutir :

- au maintien ou à la création des permanences jugées indispensables ;
- à la suppression des permanences inutiles.

Il est apparu nécessaire d'identifier des permanences mutualisées.

4.11.5 Schéma cible

4.11.5.1 Principes et objectifs généraux

L'élaboration du projet cible d'organisation de la PDSES repose donc sur :

- les caractéristiques du territoire : géo démographiques, offre de soins ;
- le bilan et l'analyse des permanences hospitalières existantes (nombre de « lignes par spécialité, localisations, activité…) ;
- l'analyse qualitative des recours à la PDSES.

4.11.5.2 Objectifs stratégiques

<u>Définition d'un délai acceptable</u>

L'approche qualitative permet d'aborder chaque spécialité sous l'angle d'un délai d'accès acceptable.
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 auxquelles 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.

A noter que l'ensemble des activités qui relèvent d'un SIOS est intégré dans le dispositif de PDSES à l'exception des greffes qui font l'objet d'une organisation spécifique.

<u>Introduction d'une approche territoriale</u>

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'<u>une agglomération</u> lorsque le déplacement du patient est possible dans un délai compatible avec l'étendue de l'agglomération ;
- correspondre à la taille d'<u>un territoire plus vaste</u> encore, lorsque le délai est moins contraint mais relève encore le la PDS-ES ;

- correspondre à la région elle-même :
- c'est le cas pour les spécialités définies dans les SIOS (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuro radiologie interventionnelle, grands brûlés...) ;
- c'est aussi le cas pour quelques rares 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.

Prise en compte de la fréquence de recours

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 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, et seulement dans cette circonstance, il faut introduire une deuxième, voir plusieurs permanences complémentaires pour répondre aux besoins de la zone concernée.

Spécialité relevant de la PDS ES

Le schéma de la PDS ES répond de fait à trois types de situations :

- PDS ES liée à une obligation réglementaire et découlant d'une autorisation (réanimation, cardiologie interventionnelle, maternité….) ;
- PDS ES 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 ;
- PDS ES 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…).

4.11.5.3 Objectifs opérationnels par territoire

Les principes d'organisation des PDSES par spécialité dans chaque territoire sont présentés dans le tableau en annexe.

4.11.5.4 Suivi et évolution du schéma

Ce schéma est évolutif. Ces évolutions peuvent concerner :

- toutes les formes de mutualisation de la PDSES entre les établissements, dès lors qu'elles répondent aux objectifs du projet régional ; 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 projet (UNV par exemple) ;
- les autres créations de PDSES.

Lorsqu'un établissement considère qu'il contribue à la PDSES pour une ou plusieurs des activités non encore identifiées dans le dispositif, mais inscrite(s) dans le ROR, il devra procéder au recueil prospectif de l'activité réalisée en période de PDSES, et ce pendant une période significative.
L'ARS vérifiera a posteriori la légitimité de cette demande.

Certaines activités essentielles ne figurent pas dans le dispositif initial. Après analyses, elles viendront compléter le dispositif de PDSES. Il s'agit notamment de la psychiatrie, de la biologie et de la pharmacie.

Afin de prendre en compte les évolutions nécessaires, le schéma de la PDSES fera l'objet d'une révision annuelle.

4.11.6 Tableau de bord de suivi de l'activité

Pour chaque établissement, nombre et motifs de recours à la PDSES* :

- par spécialité ;
- par jour et plage de PDSES ;
- et pour chaque recours, suites données pendant les heures de PDSES (consultations, actes…) figurant au dossier médical.

Les modalités de recueil et de validation seront définies par l'ARS en lien avec les fédérations de l'hospitalisation et l'URPS.

*nuits de 20h à 8h, samedis à partir de 12h, dimanches et jours fériés

Spécialités	Stratégie régionale
Anatomie et cytologie pathologiques	Cette spécialité n'induit pas une obligation de PDS-ES.
Anesthésie-réanimation adulte	Chaque site disposant d'une PDS ES pour une activité chirurgicale ou obstétricale devra disposer d'une PDS-ES d'anesthésie. La simultanéité d'une activité obstétricale de plus de 2000 naissances et d'une activité chirurgicale retenue dans le schéma de la PDS ES justifie un double dispositif de garde et d'astreinte pendant les périodes de double inscription dans la PDS ES.
Anesthésie-réanimation pédiatrique	Elles sont présentes dans les unités de chirurgie pédiatriques.
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 télémédecine. En première analyse, dans les zones sans plateau technique interventionnel, le maintien d'une permanence dans l'établissement développant une activité d'urgence significative se justifie pour éviter d'inutiles transferts vers des établissements plus éloignés.
Cardiologie : Electrophysiologie et Rythmologie	Les PDS-ES sont réglementaires sur tous les sites autorisés à la pratique de l'électrophysiologie. Elles seront évaluées en 2012.
Cardiologie interventionnelle	Les PDS-ES sont réglementaires sur tous les sites autorisés à la pratique de l'angioplastie coronaire.
Chirurgie infantile	Les PDS-ES sont présentes dans les unités de chirurgie pédiatriques.
Chirurgie Thoracique	Ces PDS-ES 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. Cette problématique régionale devra s'adapter aux difficultés de recrutement. Cette organisation sera à réévaluer en 2012.
Chirurgie cardiaque	Les PDS-ES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS.
Chirurgie de la main	Les PDS-ES ne concerneront initialement que les centres garantissant l'accès à la chirurgie de réimplantation 24h/24. Elles seront, compte tenu des volumes d'activité validés, complétées par des permanences en période de Week-end et fériés pour les agglomérations de Marseille, Nice, Toulon et Avignon. Un travail d'analyse complémentaire sur les bonnes pratiques en « urgence de la main » et sur la réévaluation de l'activité sera nécessaire en 2012.
Chirurgie orthopédique et traumatologie	La politique régionale est de 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 PDS-ES entre les différents établissements de l'agglomération. Il convient de maintenir une offre chirurgicale dans les villes éloignées des établissements de recours.
Chirurgie plastique et reconstructrice	Les PDS-ES seront réservées aux 2 CHU. Ces permanences pourront si nécessaire être communes avec celle mise en place sur ces 2 structures avec la chirurgie de la main.

Spécialités	Stratégie régionale
Chirurgie urologique	La politique régionale est de 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) La permanence des soins doit y être positionnée dans l'établissement de recours comportant une unité de réanimation et, dans la mesure du possible, de compétences en ortho-traumatologie, en néphrologie et en infectiologie en raison des caractéristiques des patients requérant le plus cette spécialité. Cette organisation sera à réévaluer en 2012.
Chirurgie vasculaire	La politique régionale est de favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées dans les établissements de recours : Aix en Provence, Avignon, Marseille, Nice et Toulon. Cette organisation sera à réévaluer en 2012.
Chirurgie viscérale et digestive	La politique régionale est de 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 PDS-ES entre les différents établissements de l'agglomération. Il convient de maintenir une offre chirurgicale dans les villes éloignées des établissements de recours.
Endocrinologie	Cette spécialité n'induit pas, a priori, une obligation de PDS-ES.
Gastro-entérologie et hépatologie	La politique régionale a pour objectif de garantir qu'une équipe soit disponible pour répondre au besoin notamment dans les grandes agglomérations. De plus, il convient de maintenir une offre en gastro-entérologie dans les villes éloignées des établissements de recours. Cette organisation sera à réévaluer en 2012.
Gériatrie	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins.
Grands brûlés	Les PDS-ES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS (Marseille et Toulon)
Gynécologie-obstétrique	Les permanences sont fixées réglementairement en fonction du volume d'accouchements.
Infectiologie	Cette activité requiert un recours à distance hautement spécialisé. On retient donc le principe d'une astreinte régionale constituée à partir des deux CHU utilisant des outils de télémédecine pour répondre en urgence aux besoins des autres établissements. L'implication de médecins d'autres établissements est recommandée.
Médecine polyvalente, gériatrique ou interne	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins.

Spécialités	Stratégie régionale
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 PDS-ES
Médecine vasculaire – Angiologie	Cette activité ne justifie pas, compte tenu de la fréquence des sollicitations nécessaires, de mise en place de PDS-ES
Néonatalogie	Ces permanences sont définies réglementairement en fonction du niveau de soins autorisé. Elles relèvent de la PDS-ES en raison de leur obligation de réponse à la demande territoriale.
Néphrologie – hémodialyse	Cette spécialité n'induit pas, a priori, une obligation de PDS-ES, les urgences (insuffisance rénale aiguë) relèvent d'une prise en charge en réanimation.
Neuro radiologie interventionnelle	Les PDS-ES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS Les permanences existant dans ces activités aux effectifs rares et donc précieuses doivent être maintenues pour sécuriser le dispositif de soins. Partout où une activité est identifiée par le SIOS la permanence sera retenue au titre de la PDS ES.
Neurochirurgie	Les PDS-ES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS. Le recours aux astreintes régionales pourra s'appuyer sur les outils de la télémédecine.
Neurologie	La politique régionale est de prioriser les permanences de soins de neurologie sur les Unités Neuro Vasculaire (UNV) qui imposent réglementairement une garde sur place. Une astreinte complémentaire est nécessaire dans les 2 centres de références (CHU)
Ophtalmologie	Il est indispensable de disposer d'une réponse de haute spécialité dans les deux CHU répondant 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année au besoin de l'ensemble de la région. La politique régionale visera dans un deuxième temps à mettre en place une PDS-ES pour disposer d'une permanence dans chaque territoire notamment les week-ends et jours fériés.
ORL et chirurgie maxillo-cervico-faciale	Il est souhaitable que toute structure d'urgence puissent accéder à l'expertise d'un ORL dans chaque territoire notamment les week-ends et fériés. Il est par ailleurs nécessaire d'organiser une PDS-ES en chirurgie maxillo-faciale dans les deux CHU.
Oxygénothérapie hyperbare	La priorité régionale est de garantir une PDS ES sur les 2 CHU et l'HIA Ste Anne.
Pédiatrie	La permanence est réglementaire dans les sites disposant d'une maternité. Par ailleurs, des sur spécialités pédiatriques sont nécessaires dans les 2 hôpitaux pédiatriques
Pneumologie	Le recours en urgence à la PDS-ES de pneumologie est rare.

Spécialités	Stratégie régionale
Psychiatrie	Ces permanences relèvent actuellement d'un financement spécifique (inclus dans la DAF). Toutefois leur identification reste indispensable. Un travail d'analyse complémentaire est nécessaire.
Radiodiagnostic et imagerie médicale	L'accès à l'imagerie est obligatoire dans tous les établissements de santé disposant d'un service d'urgence. L'objectif régional est de favoriser l'accès 24H/24H aux examens d'échographie (Urgences), de scanner (urgences) et d'IRM (UNV). L'implication des professionnels libéraux est indispensable.
Radiologie interventionnelle périphérique	La priorité régionale est de garantir l'accès à cette discipline, au minimum, sur les 4 sites suivants: Marseille, Nice, Toulon et Avignon. Partout ailleurs, là où une organisation rationnelle permet de garantir une permanence effective 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année, elle sera intégrée dans le dispositif en raison de l'urgence de la mise en oeuvre de ces techniques invasives.
Réanimation adulte	Ces permanences sont définies réglementairement. La dimension des unités induit une charge de travail supplémentaire permanente au-delà de laquelle il devient nécessaire de renforcer la présence médicale dans l'unité. Il est donc décidé de retenir une deuxième permanence dans les unités les plus importantes de la région. Un travail complémentaire pour affiner les effets de seuils sera à réaliser en 2012.
Réanimation néonatale	Ces permanences sont définies réglementairement.
Réanimation pédiatrique	Ces permanences sont définies réglementairement.
Stomatologie et chirurgie dentaire - odontologie	La PDS-ES peut s'appuyer sur une organisation régionale. Pour les besoins de proximité l'organisation pourra s'articuler avec la PDS libérale.
Surveillance continue pédiatrique	Ces astreintes peuvent être communes avec celles des unités de soins intensifs de néonatalogie.
UNV (Unité Neuro Vasculaire)	La politique régionale est de concentrer les permanences de neurologues sur les Unités Neuro Vasculaire (UNV) qui imposent règlementairement une garde sur place. L'accès au scanner et à l'IRM 24h/24h est indispensable sur ces sites.
USC (Unité de Surveillance Continue)	L'astreinte n'est pas réglementairement spécifique de ces unités. Elle peut être partagée avec la (ou les) astreinte(s) d'anesthésie présentes dans l'établissement en fonction du volume d'activité chirurgicale et de la dimension de l'unité.
USI (Unité de Soins Intensifs)	Ces permanences sont définies réglementairement.
USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiologiques)	Ces permanences sont définies réglementairement.
Commentaires généraux	Concernant les Hôpitaux d'Instruction des Armées, leur dispositif de financement est spécifique et fixé nationalement ; l'organisation en place ne fait pas l'objet d'un financement mais simplement d'une prise en compte. Ils participent activement à certaines des permanences pour lesquelles leur présence nous est véritablement nécessaire. Bien évidemment, en cas d'intégration dans un dispositif régional elles seront prises en considération au même titre que les autres établissements.

REANIMATION, SOINS INTENSIFS ET SURVEILLANCE CONTINUE

4.12 Réanimation soins intensifs et surveillance continue

4.12.1 Références

Décrets n°2002-465 et n°2002-466 du 5 avril 2002 dont réanimation (CSP art. D.6124-27 à 33), soins intensifs (CSP art. D.6124-104 à 116), surveillance continue (CSP art. D.6124-117 à 120).
Décrets n°2002-72 et n°2006-74 du 24 janvier 2006, relatifs à la réanimation pédiatrique.
Arrêté du 23 août 2003.
Circulaire n°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003, relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.
Circulaire n°DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006, relative à l'application des décrets n°2002-72 et n°2006-74 du 24 janvier 2006, relatifs à la réanimation pédiatrique.

La règlementation concernant l'activité de réanimation n'a pas évolué depuis la date du dernier schéma. Il convient donc de poursuivre la démarche visant à organiser ces prises en charge dans un contexte national redéfini.

4.12.2 Définitions

Il convient de définir les niveaux de soins qui sont communément agrégés sous le terme de « réanimation » et qui comprennent :

- l'activité de réanimation proprement dite, visant à suppléer des défaillances multi-viscérales chez un patient,
- l'activité de soins intensifs destinée à suppléer une défaillance mono-viscérale dont les « soins intensifs de cardiologie » constituent l'exemple le plus répandu,
- l'activité de surveillance continue qui met en place une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

4.12.3 Orientation régionales

4.12.3.1 Accessibilité et proximité

Une unité de réanimation doit être accessible aux patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge du fait d'une défaillance pluri-viscérale. Les conditions techniques de fonctionnement étant particulièrement exigeantes en matière de ressources techniques et humaines, ces unités constituent des structures rares et donc fortement organisatrices des réseaux de soins.
Pour les nourrissons et les enfants, le petit nombre de patients concernés fait de la réanimation pédiatrique une structure très rare dont l'efficacité dépend fortement du bon fonctionnement des réseaux de soins.

Pour satisfaire aux objectifs de qualité et de sécurité des soins, les moyens mis à disposition des unités de réanimation qui mettent en œuvre une activité hautement spécialisée, doivent être regroupés et implantés dans des établissements qui disposent :

- d'un plateau technique très développé ;
- d'un personnel médical et paramédical extrêmement qualifié, expérimenté et en nombre suffisant ;
- d'un potentiel d'activité important :
  - bassin significatif de population ;
  - forte attractivité de l'établissement ;
  - activités diversifiées générant des soins lourds ;

- activité d'accueil des urgences avec prise en charge des urgences médicales et chirurgicales les plus complexes.

Toutefois cet impératif ne doit pas faire obstacle au maintien d'une offre accessible à l'ensemble de la population de la région pour garantir l'équité de l'accès aux soins de réanimation.

La localisation actuelle des unités de réanimation autorisées en Paca permet une prise en charge dans des délais acceptables de l'ensemble de la population régionale, grâce notamment à la mobilisation du réseau des urgences. En effet, le maillage du territoire régional par les 50 services de médecine d'urgence accueillant des adultes permet à 99,3% de la population d'accéder à un site d'accueil des urgences en moins de 45 minutes et à 85% d'y accéder en moins de 15 minutes[34]. La répartition des 25 Smur et de leurs 5 antennes vient renforcer ce dispositif qui permet à toute la population de bénéficier, dans les délais les plus brefs, d'un accès à des soins de réanimation[35]. La dotation de la région en moyens de secours héliportés et leur répartition sur l'ensemble du territoire participent aux réponses apportées à cette légitime préoccupation[36].

La concentration des moyens nécessaires à l'exercice de l'activité de réanimation, ne va pas à l'encontre du rapprochement nécessaire du patient de son lieu de vie habituel. Des conventions entre les établissements disposant d'unités de réanimation et des établissements dotés uniquement d'unités de surveillance continue qui assurent une observation clinique et biologique répétée et méthodique, doivent être conclues. Elles permettent de garantir le transfert en réanimation, dans des conditions optimales de sécurité, de patients pris en charge dans une unité de surveillance continue dès lors que leur état s'aggrave ou qu'ils présentent ou risquent de présenter une décompensation multi-viscérale. Le retour dans l'unité d'origine doit être réalisé dès que l'état du patient est à nouveau compatible avec une prise en charge en surveillance continue, voire en hospitalisation complète ordinaire. Cette gestion permet de rapprocher le patient de son lieu de résidence, après la phase aiguë de son affection.

L'accessibilité aux unités de réanimation, par l'intermédiaire des services de médecine d'urgence si besoin, et la prise en charge de proximité par des unités de surveillance continue peuvent ainsi être assurées en toute sécurité dans le respect de la réglementation.

4.12.3.2 Qualité et sécurité

Le respect de la sécurité des soins repose sur :

- l'adaptation architecturale des locaux de soins, conformément aux prescriptions des circulaires n° DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003, relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue, pour les adultes et n° DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006, relative à l'application des décrets n°2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique ;
- les équipements techniques et le matériel requis pour délivrer les soins, permettant de faire face à toutes les situations cliniques qui peuvent se présenter ;
- la disponibilité des personnels spécialisés, tant médicaux que paramédicaux, règlementairement prévus, en nombre et en qualification, pour garantir une prise en charge adéquate des malades ;
- une organisation de l'unité basée sur la disponibilité de protocoles de soins écrits et permettant l'échange d'informations entre soignants ;

---

[34] Analyse –département observation – études de l'ARS (2011)

[35] Chaque service de médecine d'urgence a la capacité de prendre en charge les urgences vitales grâce à son équipement technique (salle de déchocage) et à ses compétences professionnelles spécialisées, ce qui permet de mettre en place sans délai les soins requis puis d'organiser, si besoin, le transfert du patient dans une réanimation

[36] La région Paca est dotée de 5 hélicoptères sanitaires exclusifs positionnés sur les sites hospitaliers de la Timone, du CHU de Nice, du CH d'Avignon, du CH intercommunal de Toulon La Seyne et à Gap, non exclusivement sanitaire pour le CH intercommunal des Alpes du Sud. Il faut y ajouter la participation aux missions sanitaires des hélicoptères de la protection civile et de la gendarmerie nationale

- une surveillance protocolisée des évènements indésirables graves avec mise en place de démarches préventives et retours d'expérience sur ce domaine ;
- des revues de dossiers régulières pour partager les décisions thérapeutiques et les mettre en œuvre.

Pour les adultes, l'article R. 712-91 du code de la santé publique précise qu'une permanence médicale et paramédicale est organisée sur place à la disposition exclusive des unités de réanimation. Pour les réanimations pédiatriques, c'est l'article D.6124-34 du code de la santé publique qui indique l'obligation d'une permanence médicale organisée sur place par des médecins dont il précise les compétences[37].

L'équipe médicale doit être quantitativement suffisante et qualitativement spécialisée pour garantir la continuité des soins alors même que les perspectives de l'évolution de la démographie professionnelle laissent entrevoir une certaine raréfaction des spécialistes[38].
Les membres de l'équipe paramédicale doivent être en nombre suffisant pour permettre d'assurer, préalablement à une activité totalement autonome, un temps de formation théorique et pratique, indispensable aux agents nouvellement affectés en réanimation.

Il est donc essentiel d'optimiser les ressources humaines. La constitution d'équipes médicales et paramédicales étoffées et hautement spécialisées pour garantir la qualité et la sécurité des soins rend indispensable le regroupement des unités de réanimation. Il est souhaitable que celles-ci assurent une prise en charge mixte médico-chirurgicale[39].

L'adéquation optimale des patients aux unités de réanimation, nécessite que les transferts de patients, de ces unités vers les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète, soient facilement réalisables en toute sécurité. Il en va de même pour les structures d'amont qui participent à l'alimentation de la réanimation comme le SAMU et les services de médecine d'urgence. Il faut également formaliser les règles de transfert, dans un délai maximal de 48 heures, des patients hébergés en unité de soins intensifs lorsque la situation de décompensation mono-viscérale évolue vers une décompensation pluri-viscérale. Des conventions sont obligatoires quand les unités concernées sont localisées dans des établissements différents. Dans les établissements qui disposent des deux types de structures, le rapprochement physique des unités de surveillance continue et des unités de réanimation est préconisé. La mitoyenneté permet d'utiliser au mieux les capacités respectives en fonction des besoins évolutifs des patients, en favorisant l'adéquation permanente de leur état de santé et des besoins qui en résultent avec les ressources techniques et humaines nécessaires à cette prise en charge.

Afin d'obtenir une certaine fluidité entre les unités de réanimation et de surveillance continue, il est recommandé que les capacités de ces dernières soient au moins égales à la moitié de celles des unités de réanimation. Mais la pratique des soins conduit à majorer cette proportion pour assurer une meilleure adéquation de la prise en charge des patients à leur état clinique.

Il convient donc de favoriser :
- le regroupement des lits de surveillance continue qui seraient dispersés dans plusieurs services d'un même établissement ;
- l'adossement aux unités de réanimation de lits de surveillance continue sous une responsabilité médicale unique, en veillant au dimensionnement respectif de ces deux types d'unités ;
- la signature de conventions, entre les établissements disposant d'unités de surveillance continue (et/ou de soins intensifs) sans avoir d'unité de réanimation et ceux qui en sont dotés, définissant de manière précise les situations médicales justifiant un transfert et les modalités selon lesquelles il s'organise, mais également les conditions de retour dans l'établissement d'origine des patients lorsque les soins de réanimation ne sont plus nécessaires.

---

[37] Pédiatrie, anesthésie réanimation ou réanimation médicale avec expérience en néonatologie ou en réanimation pédiatrique lorsqu'ils exercent en réanimation pédiatrique et en réanimation pédiatrique lorsqu'ils exercent en réanimation pédiatrique spécialisée
[38] « La démographie médicale en région PACA - état des lieux au 1er janvier 2000 et perspectives » Jean Gaudart Mai 2002 - p. 28
[39] Ceci est de plus en plus le cas, hormis les 4 réanimations cardiaques de la région qui demeureront spécialisées

La qualité des soins implique aussi la prise en compte du risque infectieux particulièrement élevé dans les unités de réanimation. L'objectif de concentration des moyens ne doit pas augmenter ce risque en créant des conditions d'hébergement inadaptées à la lutte contre la dissémination des infections nosocomiales. Le contrôle de ces infections doit s'appuyer sur les recommandations émanant du comité technique national des infections nosocomiales et des comités de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, relayées localement par les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales. Cette vigilance passe par le respect permanent des procédures établies à cet effet et leur contrôle, régulièrement effectué par un binôme médecin – infirmière diplômée d'Etat, appartenant à l'équipe opérationnelle d'hygiène, selon un protocole établi en accord avec le chef de service de la réanimation.

La constatation d'un dysfonctionnement doit entraîner des mesures correctrices adaptées jusqu'au rétablissement d'un fonctionnement conforme au programme de prévention des infections nosocomiales. Toutes ces démarches doivent être consignées afin d'en assurer la traçabilité.

L'architecture de la zone d'accueil, de la zone technique et de la zone d'hospitalisation doit être conforme à la description précise qui en est faite dans la circulaire d'application des décrets. L'organisation de la circulation entre chacune de ces zones et à l'intérieur de celles-ci participe à la lutte contre la propagation des germes liés à l'hospitalisation.

La qualité des soins comprend également la qualité de l'accueil et le respect de la confidentialité, en particulier lors de la rencontre des familles qui doit se dérouler dans une salle réservée à cet effet, dans des conditions laissant un temps suffisant à l'échange d'information et à leur soutien leur permettant de surmonter cette difficile épreuve[40].

4.12.3.3 Efficience

Le premier volet du Sros-3 sur la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique a permis de reconnaitre l'activité de réanimation existant dans la région et d'identifier les établissements qui la conduisaient. A ce titre, il a essentiellement permis d'organiser des unités spécialisées avec un important travail sur leur mise aux normes architecturales, sur les ressources humaines qualifiées dont elles devaient disposer et sur leurs équipements techniques.

Pour les adultes, l'évolution de cette activité conduit, dans le cadre du Sros-PRS :

- à favoriser le regroupement de ces ressources rares pour garantir la disponibilité d'équipes médicales suffisantes, en nombre et compétences, dans la perspective de la réduction prévisible des effectifs de ces spécialistes ;
- à établir un réseau de communication efficace entre ces unités, de façon à faciliter les échanges d'informations et le partage de la prise en charge des patients, nécessaires pour garantir la qualité et la sécurité des soins, grâce notamment à l'utilisation et au développement de l'outil que constituent les réseaux de télémédecine ;
- à renforcer la régulation d'amont, assurée par les Samu – centres 15, interconnectés ente eux et appuyée sur le répertoire opérationnel des ressources (ROR)[41] ;
- à assurer une gradation des soins qui prenne en compte les ressources les plus spécialisées afin de permettre l'accès direct à des soins adaptés aux besoins des patients ;
- à accroitre la taille des unités pour permettre la réponse aux besoins dans les meilleures conditions de sécurité.

Cette orientation doit se réaliser dans la durée du schéma, en liaison avec l'évolution de l'offre médico-chirurgicale des établissements.

[40] Ceci nécessite que l'unité dispose d'une salle réservée à cet effet
[41] Le ROR décrit la nature du plateau technique et les lits disponibles dans chaque établissement

4.12.3.4 Réseau de prélèvement d'organes

Le prélèvement d'organe est une priorité nationale, identifiée comme tel dans la loi de bioéthique du 6 août 2004. Cette loi institue que « tous les établissements de santé, qu'ils soient autorisés ou non *[à prélever des organes et des tissus]*, participent à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus en s'intégrant dans les réseaux de prélèvement ».

L'attribution à la région Paca de postes de médecins coordonnateurs, d'infirmiers coordonnateurs et de techniciens d'étude clinique, dédiés au recensement et à la prise en charge des donneurs potentiels, a permis d'augmenter les prélèvements et de mettre en place deux réseaux de prélèvements :

- le réseau Paca Ouest et Corse du Sud regroupant 6 établissements autorisés à prélever organes et tissus, 1 établissement autorisé à prélever des organes et 1 établissement autorisé à prélever des tissus ;
- le réseau Paca Est et Haute Corse regroupant 6 établissements autorisés à prélever organes et tissus.

4 grandes recommandations sont formulées :

- Tout établissement de santé disposant d'un service de réanimation doit s'inscrire dans un des réseaux de prélèvement mis en place par l'Agence de la biomédecine.

- Une relation de travail au quotidien doit être instaurée avec la coordination hospitalière de prélèvement, facilitant ainsi son accès dans les services de réanimation et permettant d'assurer au mieux l'accueil et la prise en charge des proches dès l'annonce de la mort encéphalique. Cette mesure permet de réduire le taux de refus de prélèvement, taux qui reste encore trop élevé.

- Tout sujet en état de mort encéphalique clinique de 0 à 75 ans doit être signalé sans délai aux équipes de coordination hospitalière dans le cadre des réseaux de prélèvement ou au service de régulation et d'appui de l'Agence de la biomédecine. Ce service est à la disposition 24h/24h des équipes de réanimation, des équipes du SAMU, des services des urgences.

- Les contre-indications éventuelles au prélèvement, l'appréciation de la qualité de chaque greffon, les limites de « prélevabilité » (âge du donneur, antécédents, état hémodynamique…) doivent être appréciées conjointement, au cas par cas, par le médecin coordonnateur du réseau, le médecin réanimateur en charge du donneur et le médecin du service de régulation et d'appui de l'Agence de la biomédecine.

4.12.4 Réanimation adulte

4.12.4.1 Bilan de l'existant

Le volet « réanimation adulte » du SROS-3[42], adopté le 11 avril 2006, prévoyait 40 **unités** de réanimation, hors celle de la Principauté de Monaco, qui sont à ce jour installés. Ils se répartissent selon le tableau suivant :

Territoires de santé	*agglomérations*	*Nombre de sites*[43]
Alpes Nord	Briançon	1
	Gap	1
Alpes Sud	Digne-les-Bains	1
Alpes-Maritimes Est	Nice	4
	St-Laurent du Var	1
	Antibes	1
Alpes-Maritimes Ouest	Cannes	1
	Grasse	1
Var Est	Fréjus – St-Raphaël	1
	Draguignan	1
Var Ouest	Hyères	1
	Toulon*	2
	Ollioules	1
Bouches-du-Rhône Sud	Aubagne	2
	Marseille*	14
	Martigues	1
Bouches-du-Rhône Nord	Aix-en-Provence	3
	Salon-de-Provence	1
Vaucluse - Camargue	Avignon	1
	Arles	1
Région Provence-Alpes-Côte d'Azur		**40**

* y compris les unités de réanimations des deux hôpitaux d'instruction des armées

4.12.4.2 Activité

L'analyse du PMSI confirme que les unités de réanimation actuelles prennent en charge, outre des patients de réanimation, des patients qui n'en relèvent pas et attestent, de ce fait, de la satisfaction des besoins. L'état actuel de l'offre existante couvre donc les besoins.

L'activité de réanimation ayant pour finalité de répondre aux besoins des habitants de la région, le taux de recours de cette population aux soins de réanimation quel que soit le lieu où ils ont été délivrés, constitue une bonne approximation de ces besoins, permettant d'estimer l'offre de soins nécessaire pour y répondre.

[42] Ce volet ne comprenait ni les grands brûlés, ni les réanimations neurochirurgicales, ni les réanimations spécialisées pour l'accueil de la chirurgie cardiaque, toutes incluses dans le schéma interrégional d'organisation des soins

[43] Les sites correspondaient aux localisations géographiques, le même établissement pouvant disposer de plusieurs sites (2 pour le CHU de Nice et 5 pour l'AP-HM)

4.12.4.2.1 Réanimation

Le champ de l'analyse de l'activité de réanimation adulte, pour le SROS-PRS, porte sur les réanimations médicales, chirurgicales, polyvalentes, mais également neurochirurgicales et cardiaques, domaine du schéma interrégional d'organisation sanitaire[44]. En Paca, 35 établissements de santé sont autorisés à délivrer des soins de réanimation pour adultes dont les 2 hôpitaux d'instruction des armées de Marseille et Toulon.

En 2009, 20 461 séjours ont été recensés en réanimation dans les établissements de la région : 18 599 concernent des résidents de Paca et 1 862 des résidents d'autres régions (9.1%). Par ailleurs, 526 résidents de la région ont été pris en charge dans une réanimation située hors région (2.8%). (voir tableau III - 1 sur l'attractivité des réanimations de Paca).
Rapportés à la population globale de Paca en 2009[45], le taux de recours de la population résidente de Paca était de 51,4 séjours pour 10 000 habitants de 20 ans et plus cette année là.

Le nombre de suppléments de réanimation versés constitue un indicateur synthétique de l'activité de réanimation, en sachant qu'il n'est comptabilisé que lorsque la prise en charge quotidienne correspond à une activité de réanimation. La prise en charge des patients hospitalisés en réanimation et qui n'en remplissent pas les conditions[46], est valorisée par un supplément de soins intensifs.

Le tableau III - 2 retrace l'évolution sur les années 2007-10 du nombre de suppléments de réanimation produite par les 35 établissements autorisés. Pour les deux HIA, seule l'année 2009 est connue.
Les moyennes sont calculées après neutralisation de l'effet des nomenclatures et des modifications d'autorisation intervenues sur la période.
Globalement, entre 2007 et 2010 sur la région Paca, il n'est pas observé d'accroissement de l'activité de réanimation pour adultes. Comparativement aux projections d'activité du Sros-3 qui comprenait 5 réanimations de moins, l'activité est en baisse[47].

La population prise en charge se caractérise par une structure d'âge très concentrée sur les personnes de plus de 60 ans avec 62.8 % des séjours dont 18 % chez les plus de 80 ans (tableau III - 3). La moyenne d'âge s'établit à 63,5 ans et la médiane à 65,7, ce qui est inférieur à l'âge de l'échantillon de patients constitué pour estimer les besoins lors du Sros précédent[48].
La prévision de l'accroissement de la population, au cours de la période 2011-2016, produirait une augmentation mécanique de 534 séjours supplémentaires en 2016, toutes choses égales par ailleurs, soit 2.6% d'accroissement (moins de 2 patients supplémentaires par jour au niveau régional). Cette évolution mécanique n'est jamais constatée.

La prise en charge dans une unité de réanimation fait apparaître des séjours valorisés par des suppléments de réanimation ou de soins intensifs, selon l'intensité des soins dont les patients ont bénéficié. Cette distinction révèle le degré d'adéquation de l'unité de réanimation à sa mission[49].
Le tableau III- 4 indique cette répartition pour la moyenne des années 2007/09. Cette moyenne a été retenue après neutralisations des artéfacts liés aux évolutions tarifaires.
Y figurent, pour les suppléments de réanimation et de soins intensifs en réanimation :

- la moyenne retenue pour la période 2007-09, sauf pour les 2 HIA pour lesquels seule l'année 2009 est connue ;

[44] Elle n'inclut toutefois pas la réanimation des grands brûlés qui relève également du SIOS
[45] Population estimée INSEE 2009
[46] Absence des gestes marqueurs de réanimation et IGS < 15
[47] Le volet réanimation du schéma 2006-10 estimait à 315 le nombre de patients devant être pris en charge simultanément à l'échéance du schéma, pour l'ensemble de la région, il est de 328 en 2010, y compris les patients des 4 réanimations cardiaques et de la réanimation neurochirurgicale de Nice, non incluses dans le précédent Sros
[48] Une enquête, réalisée en 2003 sur l'ensemble des unités de réanimation, hors neurochirurgie, chirurgie cardiaque et grands brûlés, a permis de constituer un échantillon de 1 164 patients adéquats à une prise en charge en réanimation sur les 1 685 présents dans les unités de réanimation, dont 52 % étaient âgés de 70 ans et plus
[49] Les séjours valorisés par des suppléments de soins intensifs peuvent également témoigner de la prise en charge de patients présentant des **risques de décompensation** poly-viscérale

- le nombre de lits occupés en moyenne annuelle pour les séjours de réanimation valorisés comme tel et les séjours en réanimation valorisés en soins intensifs ;
- la proportion des journées relevant réellement d'une prise en charge de réanimation, (pourrait être considéré comme une anomalie le fait d'en avoir moins de 75 à 80 %, la moyenne régionale se situant à 80.6 %) ;
- le nombre de lits occupés en moyenne annuelle dans l'unité pour l'ensemble des séjours ;
- le nombre de lits nécessaires pour réaliser cette activité sur la base du nombre de suppléments de réanimation, majorés de 10 % pour intégrer les patients pris en charge dans l'unité mais qui n'en relèvent pas avec un coefficient d'occupation de 90%[50].

Toute unité de réanimation dont la capacité théorique, avec un taux d'occupation à 90%, se révèle inférieur à 6 lits justifie d'une remise en question de son avenir.

Toute unité de réanimation dont la capacité théorique, avec un taux d'occupation à 90%, se révèle inférieur à 7 lits doit se voir poser la question de son association à une autre structure.

La volonté d'optimiser les soins de réanimation conduit à favoriser la concentration de ces unités pour accroître la sécurité de leur fonctionnement et la qualité de leurs résultats.
Il semble se dessiner un consensus sur une taille de réanimation optimale autour de 12 lits. Par ailleurs, la gestion d'unités de réanimation au nombre de lits légèrement plus important offre plus de souplesse pour adapter leur fonctionnement aux patients pris en charge.
Même si ce format n'est pas le plus répandu dans la région où un grand nombre d'unités de plus petite taille prédominent[51], une orientation dans ce sens est proposée.

Ainsi, l'évolution de la prise en charge de patients en unité de réanimation devrait connaître, sur la durée du schéma ou un peu au-delà, une évolution notable.

Il doit être clairement indiqué qu'une organisation de l'activité de réanimation entre deux établissements proches ne doit pas conduire à une réduction des capacités globales de prise en charge en réanimation. La solution en est la constitution d'une équipe soignante unique, en charge de l'organisation des soins critiques sur les établissements qui partagent ce souhait de coopération. L'optimisation de cette gestion se fera spontanément, en développant sur un établissement les activités cliniques d'excellence qui nécessitent une activité de surveillance continue en aval des soins, et sur l'autre celles qui nécessitent une activité de réanimation, mieux dimensionnée dans sa capacité d'accueil.

Cette gestion unifiée de deux implantations différentes par une même équipe devra faire appel aux moyens modernes de communication à distance et permettra de retrouver de véritables marges de progression pour les établissements.
Afin de favoriser cette évolution, jugée inéluctable à terme, en en explicitant les motifs qui se manifesteront spontanément, la durée du schéma devrait permettre d'adopter une organisation des soins conforme au tableau III - 5.

Consciente qu'il faut du temps pour accompagner la réorganisation de l'offre de soins en réanimation et qu'il convient de ne pas réduire les capacités d'accueil dans ce domaine, l'ARS prévoit une évolution en deux temps.
Dans une première étape, de 2012 à 2014, compte tenu des contraintes réglementaires architecturales, démographiques et économiques, un rapprochement des équipes des réanimations proches est indispensable.
La deuxième étape, de 2014 à 2016, conduira au terme du présent schéma à réorganiser l'offre de soins conformément au tableau ci-dessous.

[50] La traduction concrète pour une unité de réanimation de 10 lits est de 8 lits occupés par un patient relevant bien d'une prise en charge de réanimation, un patient qui n'en relève pas ou qui n'en relève plus et un lit vacant, disponible pour accueillir un nouveau patient
[51] Au 1er janvier 2011, 23 unités de réanimation de la région disposaient de 8 lits et 2 de 6 lits dérogatoires

T.III - 5 : Evolution des autorisations d'activité par communes 2011 - 2016

Territoires	Raison sociale	Etat des lieux 2011	Objectif 2014	Objectif 2016
Alpes-de-Haute-Provence	DIGNE	1	1	1
Hautes-Alpes	BRIANCON	1	1	1
	GAP	1	1	
Alpes-Maritimes	NICE	4	3	2
	SAINT-LAURENT DU VAR	2	2	2
	ANTIBES	1	1	1
	GRASSE	1	1	1
	CANNES	1	1	
Bouches-du-Rhône	MARSEILLE	18	17	16
	AIX EN PROVENCE	3	3	2
	AUBAGNE	2	2	1
	SALON	1	1	1
	MARTIGUES	1	1	1
	ARLES	1	1	1
Var	TOULON	2	2	2
	HYERES	1	1	1
	OLLIOULES	1	1	1
	DRAGUIGNAN	1	1	1
	FREJUS	1	1	
Vaucluse	AVIGNON	1	1	1
Région		**45**	**43**	**36**

Réanimation pour adulte y compris cardiaque et Hôpitaux d'Instruction des Armées

Commentaires :

- maintien d'une réanimation dérogatoire de 6 lits sur Digne, dans le cadre d'une étroite collaboration avec Aix-en-Provence (CHT) ;
- réorganisation sur Gap de l'activité des réanimations de Gap et Briançon, avec une orientation progressive de la réanimation de Briançon vers une activité de surveillance continue plus importante ;
- réduction des réanimations de Nice par intégration de la réanimation neurochirurgicale de Pasteur dans la réanimation polyvalente qui sera implantée sur le site de Pasteur II lors de son ouverture, suite au transfert de la réanimation polyvalente du site de Saint-Roch ; organisation en commun de l'activité de réanimation des unités de Cannes et Grasse ;
- réorganisation de l'activité de réanimation sur Marseille, sur Aix-en-Provence et sur Aubagne ; renforcement de la collaboration la plus étroite possible des unités de réanimation des Bouches-du-Rhône, seules sur leur commune, avec Aix et Marseille, voir Nîmes pour l'Ouest du département ;
- organisation en commun de l'activité de réanimation entre les unités de Fréjus – Saint-Raphaël et de Draguignan,
- développement souhaité de l'unité de surveillance continue attenante à la réanimation d'Avignon.

En conclusion, une concentration des lits renforçant la sécurité des soins, avec une augmentation des capacités d'accueil de chaque unité, en réanimation comme en surveillance continue, permet d'assurer une plus grande souplesse des prises en charge.
Il faut restituer à la surveillance continue toute sa place dans a prise en charge des patients fragiles.

4.12.4.2.2 Soins intensifs

Les unités de soins intensifs ont vocation à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter des défaillances aiguës de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités, mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. (art. D.712-112 du CSP)
Le fonctionnement d'une unité de soins intensifs doit être organisé de façon à ce qu'elle soit en mesure d'assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients et leur prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. (art. D. 712-113)
L'unité de soins intensifs doit pouvoir assurer le transfert des patients visés à l'article D. 712-112 vers une unité de surveillance continue ou une unité d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet, ou dans une unité de réanimation si leur état le nécessite.
L'unité de soins intensifs ne peut fonctionner qu'au sein d'un établissement disposant, selon la nature de la spécialité concernée, d'installations de médecine ou de chirurgie en hospitalisation complète. (art. D. 712-114)
Les établissements de santé qui ne disposent que d'unités de soins intensifs, sans unité de réanimation, doivent passer convention avec un établissement doté d'une telle unité.

27 unités de soins intensifs de cardiologie sont en activité dans la région mais d'autres activités ont été reconnues comme faisant l'objet d'une prise en charge en soins intensifs.

Il s'agit :

- de soins intensifs respiratoires pour lesquels une unité est reconnue à Nice,
- de soins intensifs de néphrologie pour laquelle une unité est reconnue à Marseille,
- de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux pour lesquels des unités de soins intensifs neurovasculaire sont reconnues à Marseille, Nice et Toulon,
- de la greffe de cellules souches hématopoïétiques pour lesquelles une unité protégée à air contrôlé existe à Nice, Marseille, Aix-en-Provence et Avignon.

Le tableau III - 6 indique l'activité des unités de soins intensifs de cardiologie.

- L'analyse des résultats des 13 établissements qui ont pu fournir des données sur les années 2007-2009, montre une stabilité du nombre de suppléments et de prises en charge produits avec une durée moyenne de séjour dans l'unité de l'ordre de 3,2 jours.
- L'évolution de cette activité conduit à s'interroger sur la persistance de certaines unités. Par ailleurs des rapprochements sont envisagés entre établissements.

Les autres activités ne sont pas remises en cause par le schéma qui prévoit :

- de conduire une réflexion sur le fonctionnement des unités protégée à air contrôlé, afin d'en valider les indications.
- de promouvoir une extension du réseau de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en lien avec l'organisation de la prise en charge des urgences et associée au développement de la télémédecine.

4.12.4.2.3 Surveillance continue

- Dans les établissements qui disposent d'unités de réanimation, une activité de surveillance continue y est associée. Elle permet de fluidifier la gestion des capacités de prise en charge de réanimation en adaptant les soins aux besoins des patients.

Le tableau III - 7[52] présente l'activité de surveillance continue dans ces établissements.

[52] Séjours, DMS et suppléments - source PMSI 2009

L'utilisation du PMSI ne permet pas de distinguer les suppléments de surveillance continue résultant strictement des unités adossées à une unité de réanimation de celles attribuées à des services de spécialités comme c'est le cas pour certains établissements qui disposent des deux types d'unités.

- Dans certains établissements de santé qui ne disposent pas d'unités de réanimation, une activité de surveillance continue a été reconnue en fonction de la nature des pathologies prises en charge.

  Le tableau III - 8[53] présente l'activité de surveillance continue dans ces établissements qui ont l'obligation règlementaire de passer convention avec un établissement disposant d'une unité de réanimation.

  Certaines cliniques, bien que disposant d'une reconnaissance contractuelle d'activité de surveillance continue, n'ont pas facturé de suppléments. La réalité de cette activité devra être vérifiée.

4.12.4.3 Evolution à 5 ans

- Evolution démographique
  La progression relative de la population est forte au delà de 60 ans (+ 3.7% pour les personnes de 60 à 74 ans et + 8 % pour celles de 75 ans et plus) mais beaucoup plus faible en dessous (+ 2 % pour les moins de 20 ans).

- Evolution de la démographie des anesthésistes-réanimateurs
  L'estimation de l'évolution du nombre des anesthésistes – réanimateurs[54] est présentée dans le **graphique N° 1 fourni en annexe**. Il apparait une forte réduction de leur nombre sur les 10 prochaines années. Sous les hypothèses élémentaires posées, l'effectif passerait de 1 069 au 1er janvier 2010 à 905 au 1er janvier 2015 (-15.3 %) et 772 au 1er janvier 2020 (-27.8 %)[55].

- Evolution de la lourdeur des prises en charge
  L'accroissement de la lourdeur des prises en charge est allégué par tous les réanimateurs. Sont mis en avant des patients plus âgés, porteurs de pathologies plus nombreuses, lourdes et intriquées. Pour autant il n'existe pas d'indicateurs précis et unanimement reconnus de ce phénomène dont ne témoigne ni l'évolution observée de l'âge, ni celle de la durée moyenne de séjour sur les dix dernières années.

- Evolution des techniques
  La diffusion des techniques de ventilation non invasives semble acquise. D'autres domaines seront identifiés ultérieurement à dire d'experts et selon les sujets abordés lors de congrès.

---

[53] Séjours, DMS et suppléments - source PMSI 2009

[54] Les anesthésistes-réanimateurs ne sont pas les seuls spécialistes médicaux qualifiés pour intervenir en réanimation puisqu'il existe également des réanimateurs médicaux et des médecins d'autres spécialités mais disposant d'une expérience suffisante pour y exercer, attestée par le responsable de la réanimation

[55] Sous hypothèse de fin d'activité dans les deux genres à 65 ans et remplacement par les internes actuellement en formation, sans prise en compte de l'attractivité de la région au plan national. La prévision de réduction s'affiche supérieure à celle réalisée pour le précédent schéma (772 AR en 2020 pour 927 dans le schéma précédent)

4.12.4.4 Programme de travail

Un certain nombre de domaines demandent à être investigués et devront faire l'objet de réflexions en groupes de travail associant des partenaires extérieurs au domaine de la réanimation stricto-census. Ils constituent la base des programmes de travail qui accompagneront la mise en œuvre des recommandations du schéma.

- La régulation d'amont associant les Samu-Centre 15 et les dispositifs de régulation libérale, les Smur, les services du SDIS et les transporteurs sanitaires, les services de médecine d'urgence et l'organisation de la permanence des soins libérale, est à définir de façon à orienter, à priori, le patient vers la bonne filière de prise en charge dans le respect des procédures d'accès direct aux plateaux techniques lourds[56].

- Des possibilités d'accueil en aval de la réanimation sont à organiser au moyen de conventions entre établissements. Le renforcement technique et humain de certains établissements de soins de suite est à soutenir. Le besoin d'une prise en charge pour des patients lourdement handicapés, pauci-réceptifs et fortement dépendants de techniques de suppléance, par des établissements spécialisés de soins de suite ou de longs séjours, est à estimer et à quantifier.

- L'organisation des transports sanitaires de patients entre les établissements est à structurer dans la logique de l'accès aux soins requis, de la délivrance des soins adéquats au plus près du lieu de résidence et de l'utilisation du vecteur de transport adapté aux besoins des patients.
  Une procédure de financement claire doit pouvoir être établie de façon à concilier les besoins des patients avec une utilisation rationnelle des ressources.

- La structuration du réseau des prises en charge des patients doit se réaliser en s'appuyant sur les coopérations entre établissements de santé, la création de réseaux de soins, le développement de la télémédecine qui sont à organiser avec les partenaires de ces divers champs.

- La formation continue des professionnels intervenant dans le champ des prises en charge de patients en soins critique doit pouvoir garantir leur adaptation à l'évolution technique de leur métier et aux modifications organisationnelles du dispositif de prise en charge.

- Le développement de la recherche appliquée aux soins de réanimation devrait pouvoir s'appuyer sur des essais thérapeutiques multicentriques, pharmaceutiques ou non.

- Une étude médico-économique de l'efficience des unités de réanimation est à conduire dans la région où toutes les capacités d'accueil existent, afin de dégager des modalités d'organisation permettant d'en réduire le coût de fonctionnement sans en réduire la qualité des prestations offertes et la sécurité des soins.

- La question de l'éthique et de l'accompagnement de fin de vie est posée dans les réanimations où des protocoles de limitation thérapeutique sont mis en place, ce qui s'avère une évolution récente de l'avis des réanimateurs. Une réflexion très large est à conduire compte tenu de l'accroissement du nombre de patients à l'état de santé très précaire, pris en charge par les services de médecine d'urgence puis transférés en réanimation et pour lesquels l'évaluation clinique de l'évolution de leur état de santé s'avère très sombre.

---

[56] Sous réserve du choix du patient lorsqu'il s'agit d'un soin programmé ou qu'il peut exprimer sa volonté en situation d'urgence

4.12.5 Réanimation pédiatrique

4.12.5.1 Bilan de l'existant

Le volet « réanimation pédiatrique » du Sros-3 prévoyait une réanimation sur Marseille et une sur Nice, ainsi qu'une réanimation pédiatrique spécialisée sur Marseille. Chacune de ces 3 réanimations devait être dotée d'une unité de surveillance continue.

En janvier 2011 :

- une réanimation pédiatrique de 3 lits, associée à 2 lits de prise en charge de grands brûlés pédiatriques et à 11 lits de réanimation néonatale est installé à l'hôpital Nord de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, dans un environnement technique adapté ; elle ne dispose pas de lits de surveillance continue[57] ;
- une réanimation pédiatrique de 5 lits s'est organisée, à Nice, par regroupement, dans un GCS de moyen expérimental, des 2 unités préexistantes ; elle dispose de 6 lits de surveillance continue ;
- une réanimation pédiatrique spécialisée de 12 lits a été installée à la Timone enfants, dans des locaux restructurés ; elle ne dispose pas de lits dédiés de surveillance continue[58] ;
- des unités protégées à air filtré pour la prise en charge d'enfants en onco-hématologie, permettant notamment la réalisation de greffes hématopoïétiques, existent sur les sites de la Timone enfants (AP-HM – 5 lits) et de l'Archet II (CHUN – 3 lits) ; cette activité est tarifée en soins intensifs ;
- la Timone enfants dispose également de 21 lits de surveillance continue intégrés à des services de spécialités pédiatriques (onco-hématologie, nutrition, cardiologie et chirurgie), de même que le CHU de Nice pour l'onco-hématologie ;
- l'installation de lits de surveillance continue avait été recommandée par le précédent Sros dans des établissements de soins disposant de lits de soins intensifs néonataux[59]. L'institut Saint-Joseph et les CH d'Avignon, d'Aix-en-Provence et de Toulon-La Seyne ont ouvert de telles unités[60].

4.12.5.2 Activité

Il n'y a pas de besoins de soins de réanimation pédiatrique pris en charge en dehors d'une unité de réanimation pédiatrique. La consommation de soins de réanimation de la population des nouveau-nés, nourrissons et enfants de la région traduit donc au mieux le besoin pour ce type de prise en charge.

Les taux de recours de la population résidente ont été utilisés pour fournir un estimateur acceptable de ce besoin, que les habitants de Paca aient été pris en charge par les établissements de la région ou en dehors.

Le **tableau IV-1** rend compte de l'attractivité de la région en ce qui concerne les soins de réanimation pédiatrique : attractivité de 20 %[61] et taux de fuite de 3.5 %.

---

[57] Bien que le schéma prévoyait une unité attenante de 4 lits
[58] Une unité de 10 lits était prévue par le SROS-III
[59] L'institut Saint-Joseph à Marseille, le CH intrecommunal de Toulon – La Seyne, les CH de Martigues, d'Avignon et du pays d'Aix-en-Provence
[60] 6 lits pour l'Institut Saint-Joseph, 4 pour les CHA, le CHPA et le CHITS
[61] 24,1 % pour Marseille et 9,4 % pour Nice

4.12.5.2.1 Réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée

(Le champ comprend les grands brûlés pédiatriques de l'hôpital Nord.)

Pour l'année 2010, le regroupement des unités de réanimation pédiatrique du CHUN et de Lenval, le 3 août, a conduit à un recueil très partiel de l'activité sur le site hospitalier.

Le **tableau IV-2** retrace l'évolution de l'activité entre 2008 et 2010.
Le nombre de patients traités annuellement en région est étonnamment stable entre la période 2001/02 (1 390) et 2008/10 (1 477). Les deux sites de Marseille représentent 71 % des séjours, sur cette dernière période. La durée moyenne de séjour est plus élevée à l'hôpital Nord du fait de la prise en charge des grands brûlés pédiatriques.
Le nombre de lits occupés se maintient au dessous de 5 à l'hôpital Nord, sauf pour l'année 2009. Il est légèrement supérieur à 11 pour la Timone enfants et décline sur Nice, tant pour le CHU (de 2 à 1.2) que pour Lenval (de 3.7 à 1.9).

Le **tableau IV-3** présente la répartition par âge des patients soignés sur ces trois années. Les nouveau-nés[62] représentent une part notable des patients pris en charge quel que soit le site, de 16,4 à 19,7 %. Les nourrissons[63] représentent plus de 45 % des patients pris en charge et les plus de 18 ans, moins de 1 %. Ce sont les enfants âgés de 5 à 9 ans qui sont les moins nombreux, environ 10 %.

Le **tableau IV-4** présente l'origine géographique des patients traités.
80 % résident dans la région, un peu moins pour la réanimation de la Timone enfants (71 %). 16 % proviennent d'autre départements de métropole et 4 % de l'étranger. Pour la Timone enfants, ces chiffres sont respectivement de 24 et 5 % du fait de son attraction, liée à son rôle de réanimation pédiatrique spécialisée.

Les **tableaux IV-5** représentent les cases mix des catégories majeures de diagnostic pour lesquelles les séjours de réanimation ont eu lieu. Les typologies sont très différentes d'une unité de réanimation à l'autre.
Ainsi, pour la Timone enfants, la CMD 05[64] comprend près de 42 % des séjours, suivi de la CMD 01[65] avec 15,2 % puis les CMD 08[66] et 04[67] avec 9 et 8,3%.
Pour l'hôpital Nord, c'est la CMD 04 qui arrive en tête avec 20 % des séjours, suivie par la CMD 06[68] (14,5 %), 01 (13,6 %) et, logiquement la CMD 22[69] (9,9 % mais 11,2 % en 2009).
Pour le CHU de Nice, la CMD 01 est en première position avec plus de 21 % des séjours, suivie de la CMD 04 (14,8 %) et les CMD 15[70] et 06 (respectivement 11,2 et 10,8 %).
Enfin pour Lenval, la CMD 04 représente plus de 27 % des séjours de réanimation, suivie des CMD 08 (14,8 %), 06 (14,1 %) et 01 (8,3 %).

Globalement, du fait du poids de la Timone, la CMD 05 arrive en première position des séjours ayant nécessité un recours à la réanimation pédiatrique, avec 23,8 %, suivie par les CMD 01 et 04 avec respectivement 14,8 et 14,2 % des séjours, puis des CMD 08 et 06 à égalité avec 9,4 % des séjours. Ces 5 CMD regroupent 71,4 % des séjours ayant nécessité une prise en charge en réanimation pédiatrique.

---

[62] Bébé de moins d'un mois
[63] Bébé de moins d'un an
[64] CMD-05 : appareil circulatoire
[65] CMD-01 : système nerveux
[66] CMD-08 : appareil musculo-squelettique
[67] CMD-04 : appareil respiratoire
[68] CMD-06 : appareil digestif
[69] CMD-22 : brûlures
[70] CMD-15 :affection de la période périnatale

4.12.5.2.2 Unités protégées à air contrôlé

Elles concernent la prise en charge de patients pour la réalisation de greffes hématopoïétiques. L'une de 5 lits est installée à la Timone enfants (AP-HM) et l'autre de 3 lits à l'Archet (CHUN).

Ces deux unités ont vocation à persister même si, du fait de la rareté des cas traités, un seul site sur Marseille, serait théoriquement suffisant. Cependant, la durée de la prise en charge hospitalière en chambre spécialement aménagées nécessite de maintenir au mieux les liens des enfants avec leurs familles. La disponibilité des compétences humaines, permet de maintenir en fonctionnement, dans des conditions de sécurité optimales, les deux localisations.

4.12.5.2.3 Surveillance continue

Certaines unités de surveillance continue doivent être associées à une activité de réanimation et d'autres peuvent l'être à des services spécialisés[71] ou à des services de pédiatrie dans des établissements disposant d'activité de néonatologie[72].

Concernant les activités de surveillance continue, conduites dans des services spécialisés de la Timone enfants, leur intégration aux soins spécialisés permet de sécuriser la prise en charge de patients nécessitant une surveillance majorée de l'évolution de leur état de santé, ce d'autant que la réanimation spécialisée de la Timone enfants ne dispose pas de lits de surveillance continue. Dans le cadre du futur BMT, celle-ci sera dotée d'une unité de surveillance continue adaptée.

Pour ce qui concerne la mise en place d'une activité de surveillance continue pédiatrique par les 4 établissements qui ne disposent pas d'une activité de réanimation, elle permet de conserver sur place des patients nécessitant un renforcement de leur protocole de prise en charge et de la surveillance qui lui est associée, sans avoir recours à un transfert en réanimation et en conservant une relation privilégiée avec leurs parents[73].

Dans la logique de l'amélioration de la prise en charge pédiatrique et dans l'hypothèse du regroupement de l'activité de réanimation pédiatrique de l'AP-HM, la création au centre hospitalier de Martigues d'une activité de surveillance continue pédiatrique constituerait un point d'équilibre pour l'organisation des soins pédiatriques dans la région.

4.12.5.3 Evolution à 5 ans

- L'organisation du pôle marseillais de réanimation pédiatrique doit permettre de disposer d'une réanimation pédiatrique spécialisée incluant la fonction de réanimation pédiatrique, dans un nouveau bâtiment, avec un secteur organisé pour la réanimation dédiée à la chirurgie cardiaque pédiatrique et dotée d'une unité conséquente de surveillance continue pédiatrique.

- L'évolution de la population régionale des 0-19 ans sur la période 2011-2016 est limitée à 2 % sur les 5 ans mais moins importante sur l'aire d'attraction de Nice (+ 0,51 % par an) que sur celle de Marseille (+0,97 % par an). L'accroissement constaté sera de peu d'effet sur l'évolution des effectifs accueillis.

---

[71] Tel qu'il apparaît pour quelques services de spécialités médicales ou chirurgicales de la Timone enfants
[72] Tel qu'il apparaît pour l'Institut Saint-Joseph, le CHA, le CHITS et le CHPA
[73] La mise en œuvre de cette activité, au sein du service de pédiatrie de l'Institut Saint-Joseph, démontre que l'association de la surveillance continue à la pédiatrie ne crée pas de déficit financier pour le service.

- L'estimation de l'évolution de la démographie des pédiatres est à la baisse dans la région pour les dix années à venir (**Graphe n°2 en annexe**).

  Comme pour beaucoup de spécialistes, les pédiatres ont largement été formés par la voie du CES de pédiatrie qui a permis à un grand nombre de médecins d'accéder à cette qualification. L'internat comme voie unique de qualification est venu réduire de façon drastique l'accès à cette spécialité.

  Le modèle représente la régression des effectifs de pédiatres de la région Paca par le fait du vieillissement de leur effectif et des départs en retraite qui en résulte, en tenant compte des effets de la formation des internes de pédiatrie et de leur date prévisionnelle d'entrée en activité professionnelle.

- L'évolution de la gravité des cas de même que l'alourdissement de la charge en soins ne peut être approchée ni par l'allongement de la DMS qui n'a du reste pas été constaté, ni par aucun autre critère accessible en routine. Il sera donc nécessaire de consacrer une réflexion approfondie à cette question.

4.12.5.4 Programmes de travail

La mise en œuvre du volet « réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée » du Sros-PRS s'accompagnera d'un travail de réflexion sur certains domaines qui sont apparus d'une particulière importance lors de son élaboration. Certains sont identiques à ceux rencontrés pour la réanimation pour adultes, d'autres sont propres aux nouveau-nés, nourrissons et enfants.

- Régulation d'amont : Samu-Centre 15 ; Smur pédiatrique ; services de médecine d'urgence pédiatrique. La réflexion n'est pas propre au monde de la pédiatrie et gagnera à être traitée par un groupe de travail mixte, adultes – enfants (voir volet « médecine d'urgence »).

- Places d'aval : conventions inter-établissements, possibilité de prise en charge pour des patients lourdement handicapés[74].
  La réflexion doit intégrer des caractéristiques propres à la population accueillie, du fait de l'âge des patients concernés mais peut être conduite par un groupe commun. Sont à identifier des structures permettant l'accueil de patients présentant des séquelles à l'issue de leur séjour en réanimation pédiatrique et nécessitant des soins chroniques dont la technicité constitue un facteur limitant à l'accueil par une structure de soins de suite classique.

- Organisation des transports pédiatriques : re-transferts des enfants de réanimation vers l'unité de surveillance continue ou le service de pédiatrie de l'établissement d'origine afin de permettre un rapprochement du domicile et de faciliter la présence des parents à leur côté.
  Elle se calque sur la réflexion élaborée pour les adultes mais ne pourra que partiellement être conduite par un groupe de travail mixte associant des représentants de ces deux domaines, l'âge des patients nécessitant que soient pris en compte la question des matériels utilisés et des ressources humaines mobilisées.

- Structuration du réseau des prises en charge pédiatriques : conventions réanimation pédiatrique spécialisée de l'AP-HM, réanimation pédiatrique du GCS niçois, surveillance continue des autres centres hospitaliers qui en sont dotés ; télémédecine (confirmations diagnostiques et conseils thérapeutiques distants, coopérations inter-établissements pour les sorties de réanimation).
  Réflexion largement commune aux domaines de l'enfance et de l'âge adulte qui devrait permettre de faire vivre un réseau de correspondants sur le domaine de la réanimation pédiatrique qu'il conviendra de dissocier pour la partie applicative.

[74] Ce champ recouvre notamment les soins de haute technicité prévus pour la prise en charge de l'éveil des comas, les unités pour patients en état végétatif persistant, les structures de soins de suite disposant de ressources techniques renforcées

- Approche médico-économique : étude du coût global des unités de réanimation tenant compte des activités réalisées.

- Recherche : protocoles de recherches conduits, élaboration de disposition permettant de faciliter le développement de la recherche sur les soins de réanimation pédiatrique.

- Ethique et accompagnement de fin de vie (protocole de limitation thérapeutique)

  Aucune de ces trois dernières questions n'est propre au domaine de l'enfance et la réflexion pourra être conduite par un groupe de travail associant des représentants de réanimation pédiatrique et de réanimation adulte.

4.12.6 Tableau de bord de suivi de l'activité

Pour la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique :

- **Chaque année**, dans le bilan d'activité, au moins :
  taux d'occupation, durée moyenne de séjour, origine géographique des patients,
  pourcentage de patients ventilés, type et durée de la ventilation,
  nombre et type d'actions engagées dans la lutte contre les infections nosocomiales.

- Pour le dossier de renouvellement quinquennal :
  modifications intervenues dans l'organisation architecturale des locaux (spécialisation de salles, nombre de lits, équipements …),
  liste nominative du personnel médical et paramédical avec attestation de qualification,
  planning des 3 derniers mois du personnel médical et non médical,
  activité de l'unité (extrait du PMSI centré sur les RUM de réanimation)
  - Données quantitatives : nombre d'entrées, de suppléments produits, durée moyenne et médiane de séjour en réanimation, origine géographique des patients, répartitions par modes d'entrée ;
  - Données qualitatives (évaluation médicale) : motif d'admission, âge moyen et médian, IGS II moyen/médian, nombre de patients décédés, nombre de patients sous assistance respiratoire invasive, nombre moyen de jours sous amines par patients, nombre total de jours d'épuration extra-rénale ;
  - Données qualitatives (évaluation du fonctionnement) :
    évaluation de la qualité des soins en réanimation,
    mise en place des protocoles de soins et accès à leur consultation (diffusion sur intranet),
    évaluation des risques (programme de gestion des risques utilisé et nombre d'évènements indésirables déclarés),
    nombre de revues de morbi-mortalité,
    nombre d'évaluations des pratiques professionnelles réalisées,
    nombre de réunions pluridisciplinaires réalisées en réanimation,
    rédaction du rapport annuel d'activité de la réanimation.

Pour les autres soins critiques, le suivi des CPOM pour les lits de soins intensifs et les lits de surveillance continue hors autorisation de réanimation : nombre de séjours hospitaliers MCO concernés.

4.12.7 Annexes

Tableau III- 1a : attractivité des réanimations de Paca (nombre de séjours)

Tableau III- 1b : suppléments de réanimation par établissements en 2009

Tableau III- 2 : évolution des suppléments versés 2007/2010

Tableau III- 3 : distribution des patients de réanimation par âge et départements (PMSI 2009)

Tableau III- 4 : occupation des capacités de réanimation

Tableau III- 6 : activité des unités de soins intensifs de cardiologie

Tableau III- 7 : activité des unités de surveillance continue (établissements avec réanimation)

Tableau III- 8 : activité des unités de surveillance continue (établissements sans réanimation)

Graphique n° 1 : évolution des effectifs d'anesthésistes – réanimateurs (2010-2020)

Tableau IV- 1 : taux d'attractivité et de fuite

Tableau IV- 2 : activité des réanimations pédiatriques

Tableau IV- 3 : distribution par âge

Tableau IV- 4 : origine géographique des patients

Tableau IV- 5 : distribution par CMD

Tableau IV- 6 : évolution démographique des moins de 20 ans par secteur géographique

Tableau IV- 7 : évolution liée à l'âge

Graphique n° 2 : évolution des effectifs de pédiatres (2010-2020)

Carte n° III- 1 : état des lieux de la réanimation adulte au 1er janvier 2011

Carte n° III- 2 : évolution de la réanimation adulte 2011-2016

Carte n° III- 3 : état des lieux des soins intensifs adulte au 1er janvier 2011

Carte n° III- 4 : évolution des soins intensifs adulte 2011-2016

Carte n° III- 5 : état des lieux de la surveillance continue adulte au 1er janvier 2011

Carte n° III- 6 : évolution de la surveillance continue adulte 2011-2016

Carte n° IV- 1 : état des lieux des soins critiques pédiatrique au 1er janvier 2011

Carte n° IV- 2 : évolution des soins critiques pédiatrique 2011-2016

Tableau III-1a : attractivité des réanimations de Paca (nombre de séjours)

Prise en charge en réanimation selon l'origine géographique (PMSI-2009)

	Paca	limitrophe	autres F	étranger	total	Prop Paca
CH DIGNE	116	1	2	1	120	96,7%
CH DE BRIANCON	144	8	15	14	181	79,6%
CHICAS GAP-SISTERON	202	7	10	4	223	90,6%
INSTITUT ARNAULT TZANCK	1 539	31	71	16	1 657	92,9%
CH DE GRASSE	268	1	4	1	274	97,8%
CH D'ANTIBES	437	2	29	5	473	92,4%
CH DE CANNES	468	4	26	13	511	91,6%
C.H.U. DE NICE	1 601	38	57	95	1 791	89,4%
CLINIQUE LES SOURCES	203	1	1	1	206	98,5%
INSTITUT PAOLI – CALMETTES	313	25	7	4	349	89,7%
HPC RESIDENCE DU PARC	302	4	4	0	310	97,4%
CH AIX EN PROVENCE	223	1	6	0	230	97,0%
CH D'AUBAGNE	264	2	5	1	272	97,1%
CLINIQUE LA CASAMANCE	474	3	10	2	489	96,9%
CH DE SALON	370	5	5	0	380	97,4%
CLINIQUE BOUCHARD	212	6	3	2	223	95,1%
POLYCLINIQUE CLAIRVAL	1 100	147	27	8	1 282	85,8%
CLINIQUE BEAUREGARD	216	3	4	0	223	96,9%
HOPITAL AMBROISE PARE	254	3	4	1	262	96,9%
HOPITAL PAUL DESBIEF	179	1	3	1	184	97,3%
HOPITAL SAINT JOSEPH	1 093	80	19	13	1 205	90,7%
CLINIQUE VERT COTEAU	222	2	6	1	231	96,1%
AP-HM	4 044	333	182	79	4 638	87,2%
POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	329	1	7	0	337	97,6%
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN	309	6	8	0	323	95,7%
CH D'ARLES	256	34	8	5	303	84,5%
CH DE MARTIGUES	288	1	4	0	293	98,3%
CLINIQUE AXIUM	239	2	5	0	246	97,2%
POLYCLINIQUE LES FLEURS	245	3	9	2	259	94,6%
CH DE DRAGUIGNAN	333	0	10	4	347	96,0%
CH DE HYERES	280	0	13	1	294	95,2%
CHI FREJUS	449	7	36	15	507	88,6%
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE	431	7	29	8	475	90,7%
CHI TOULON	678	7	37	10	732	92,6%
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	518	92	12	9	631	82,1%
Total Paca	18 599	868	678	316	20 461	90,9%
Proportion	90,9%	4,2%	3,3%	1,5%		

Attractivité Paca 2009	1 862
taux d'attractivité	9,1%
Fuite Paca 2009	526
taux de fuite 2009	2,8%
PEC totale résidents Paca	19 125
Population régionale en 2009 :	4887383

Tableau III- 1b : suppléments de réanimation par établissements en 2009
champs : réanimation pour adultes, médicale, chirurgicale, polyvalente, neurochirurgicale et cardiaque, hors grands brûlés

Raison sociale	année 2009
CH DIGNE	1 382
CH DE BRIANCON	1 038
CHICAS GAP-SISTERON	1 619
CH DE GRASSE	1 688
C.H ANTIBES-JUAN LES PINS	2 360
CH DE CANNES	2 753
C.H.U. DE NICE	8 837
CLINIQUE LES SOURCES	1 579
INSTITUT ARNAULT TZANCK	2 686
INSTITUT PAOLI – CALMETTES	1 905
HPC RESIDENCE DU PARC	2 834
CH AIX EN PROVENCE	3 355
CH D'AUBAGNE	1 307
CLINIQUE LA CASAMANCE	1 710
CH DE SALON	3 014
CLINIQUE BOUCHARD	2 223
POLYCLINIQUE CLAIRVAL	4 442
CLINIQUE BEAUREGARD	2 121
HOPITAL AMBROISE PARE	4 192
HOPITAL PAUL DESBIEF	2 112
HOPITAL SAINT JOSEPH	4 488
CLINIQUE VERT COTEAU	2 765
AP-HM	26 017
POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	2 569
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN	2 279
CH D'ARLES	1 939
CH DE MARTIGUES	2 448
CLINIQUE AXIUM	1 878
POLYCLINIQUE LES FLEURS	2 262
CH DE DRAGUIGNAN	1 939
CH DE HYERES	1 963
CHI FREJUS	2 228
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE	3 640
CHI TOULON	4 033
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	5 044
TOTAL Paca	**118 649**
total Paca sans les 2 HIA	112 730

source : PMSI 2009

Tableau III- 2 : évolution des suppléments versés 2007/10
Etablissements PACA avec autorisation de réanimation (base nationale)

	Année					Moyenne retenue*
Raison sociale	**2 007**	**2 008**	**2 009**	**2 010**	**Total**	**2007/10**
CH DIGNE	1 851	1 800	1 382	1 639	6 672	1 668
CH DE BRIANCON	1 093	910	1 038	1 133	4 174	1 044
CHICAS GAP-SISTERON	2 199	1 626	1 619	1 588	7 032	1 758
CH DE GRASSE	2 064	1 755	1 688	2 084	7 591	1 898
C.H ANTIBES-JUAN LES PINS	2 441	2 400	2 360	2 491	9 692	2 423
CH DE CANNES	2 804	3 080	2 753	2 423	11 060	2 765
C.H.U. DE NICE	7 634	7 666	8 837	9 018	33 155	8 289
CLINIQUE LES SOURCES	1 133	815	1 579	1 994	5 521	1 380
INSTITUT ARNAULT TZANCK	3 644	3 847	2 686	2 966	13 143	3 286
INSTITUT PAOLI – CALMETTES	2 156	2 337	1 905	2 042	8 440	2 110
HPC RESIDENCE DU PARC	3 502	3 461	2 834	3 178	12 975	3 244
CH AIX EN PROVENCE	3 389	3 293	3 355	3 411	13 448	3 362
CH D'AUBAGNE	1 519	1 687	1 307	1 361	5 874	1 469
CLINIQUE LA CASAMANCE	5 557	5 421	1 710	2 223	14 911	1 967
CH DE SALON	1 479	2 644	3 014	3 058	10 195	2 549
CLINIQUE BOUCHARD	3 939	4 482	2 223	2 165	12 809	2 194
POLYCLINIQUE CLAIRVAL	10 247	10 194	4 442	5 213	30 096	4 828
CLINIQUE BEAUREGARD	5 890	366	2 121	2 466	10 843	2 294
HOPITAL AMBROISE PARE	3 841	3 359	4 192	4 079	15 471	3 868
HOPITAL PAUL DESBIEF	1 798	1 872	2 112	2 557	8 339	2 085
HOPITAL SAINT JOSEPH	2 980	4 314	4 488	4 763	16 545	4 522
CLINIQUE VERT COTEAU	2 510	2 911	2 765	2 896	11 082	2 771
AP-HM	27 398	27 898	26 017	26 161	107 474	26 869
POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	2 213	783	2 569	2 844	8 409	2 542
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN			2 279		2 279	2 279
CH D'ARLES	2 200	2 220	1 939	2 065	8 424	2 106
CH DE MARTIGUES	1 839	1 831	2 448	2 990	9 108	2 277
CLINIQUE AXIUM	1 919	2 009	1 878	2 202	8 008	2 002
POLYCLINIQUE LES FLEURS	1 210	1 354	2 262	2 661	7 487	1 872
CH DE DRAGUIGNAN	1 188	1 635	1 939	2 037	6 799	1 700
CH DE HYERES	1 832	1 912	1 963	2 389	8 096	2 024
CHI FREJUS	1 893	2 129	2 228	2 017	8 267	2 067
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE			3 640		3 640	3 640
CHI TOULON	4 244	4 008	4 033	4 040	16 325	4 081
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	4 918	5 074	5 044	5 584	20 620	5 155
TOTAL Paca	124 524	121 093	118 649	119 738	484 004	120 382
total Paca sans les 2 HIA	124 524	121 093	112 730	119 738	478 085	114 463

* moyenne expurgée des modifications de nomenclatures et de structures intervenues sur la période
Note : inclus les réanimations cardiaques de l'APHM, de l'Institut Saint-Joseph, de la clinique Clairval et de l'Institut Arnaud Tzanck, et également la réanimation neurochirurgicale du CHUN

Tableau III- 3 : Distribution des patients de réanimation par âge et départements (PMSI 2009)
Etablissements PACA (base nationale)

classe âge	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Paca	%
< 20 ans	0	16	102	226	41	15	400	1,9%
20 à 39 ans	16	51	478	1 173	277	100	2 095	10,2%
40 à 59 ans	23	100	1 216	3 075	579	171	5 164	25,1%
60 à 79 ans	51	164	2 309	5 327	1 109	281	9 241	44,8%
80 ans et +	30	73	957	1 980	608	64	3 712	18,0%
total	**120**	**404**	**5 062**	**11 781**	**2 614**	**631**	**20 612**	100,0%

Evolution population Paca 2011-16, par âge et département (source INSEE)

Population	Variation 2016/11						
0-19 ans	1,029	1,011	1,000	1,005	1,016	1,015	1,008
20-39 ans	1,032	1,014	1,004	1,009	1,019	1,014	1,011
40-59 ans	1,016	1,003	0,996	1,000	1,010	1,003	1,002
60-79 ans	1,090	1,089	1,046	1,049	1,070	1,068	1,058
80-99 ans	1,178	1,189	1,122	1,147	1,176	1,175	1,152
total	1,049	1,036	1,018	1,020	1,038	1,031	1,026

Projection en 2016 du nombre de séjours de réanimation

classe âge	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	Paca	%
< 20 ans	0	16	102	227	42	15	403	1,9%
20 à 39 ans	17	52	480	1 183	282	101	2 118	10,0%
40 à 59 ans	23	100	1 211	3 074	585	172	5 174	24,5%
60 à 79 ans	56	179	2 415	5 588	1 186	300	9 775	46,2%
80 ans et +	35	87	1 074	2 271	715	75	4 276	20,2%
total	**126**	**419**	**5 154**	**12 017**	**2 713**	**650**	**21 146**	100,0%
variation 2016/11	6	15	92	236	99	19	534	2,6%

Tableau III- 4 : occupation des capacités de réanimation
source PMSI 2007-09

Etab. N°	Suppléments	Moyenne retenue 2007/09	lits occupés	% réa	Lits unité occupés	Capacité de l'unité* avec TOM de 90%
1	Réa SI	1 678 278	4,6 0,8	85,8%	5,4	5,6
2	Réa SI	1 014 418	2,8 1,1	70,8%	3,9	3,4
3	Réa SI	1 815 226	5,0 0,6	88,9%	5,6	6,1
4	Réa SI	1 836 461	5,0 1,3	79,9%	6,3	6,1
5	Réa SI	2 400 722	6,6 2,0	76,9%	8,6	8,0
6	Réa SI	2 879 359	7,9 1,0	88,9%	8,9	9,6
7	Réa SI	8 046 2 920	22,0 8,0	73,4%	30,0	26,9
8	Réa SI	1 356 264	3,7 0,7	83,7%	4,4	4,5
9	Réa SI	1 312 1 255	3,6 3,4	51,1%	7,0	4,4
10	Réa SI	2 133 1 271	5,8 3,5	62,7%	9,3	7,1
11	Réa SI	3 266 101	8,9 0,3	97,0%	9,2	10,9
12	Réa SI	3 346 122	9,2 0,3	96,5%	9,5	11,2
13	Réa SI	1 504 357	4,1 1,0	80,8%	5,1	5,0
14	Réa SI	1 710 1 377	4,7 3,8	55,4%	8,5	5,7
15	Réa SI	2 379 560	6,5 1,5	81,0%	8,1	8,0
16	Réa SI	2 223 200	6,1 0,5	91,7%	6,6	7,4
17	Réa SI	4 442 1 981	12,2 5,4	69,2%	17,6	14,9
18	Réa SI	2 121 67	5,8 0,2	96,9%	6,0	7,1
19	Réa SI	3 797 38	10,4 0,1	99,0%	10,5	12,7
20	Réa SI	1 927 48	5,3 0,1	97,6%	5,4	6,5
21	Réa SI	4 401 1 641	12,1 4,5	72,8%	16,6	14,7
22	Réa SI	2 729 86	7,5 0,2	96,9%	7,7	9,1
Etab. N°	Suppléments	Moyenne retenue 2007/09	lits occupés	% réa	Lits unité occupés	Capacité de l'unité* avec TOM de 90%

23	Réa SI	27 104 8 290	74,3 22,7	76,6%	97,0	90,8
24	Réa SI	2 391 180	6,6 0,5	93,0%	7,0	8,0
25	Réa SI	2 279 278	6,2 0,8	89,1%	7,0	7,6
26	Réa SI	2 120 386	5,8 1,1	84,6%	6,9	7,1
27	Réa SI	2 039 357	5,6 1,0	85,1%	6,6	6,8
28	Réa SI	1 935 223	5,3 0,6	89,7%	5,9	6,5
29	Réa SI	1 609 131	4,4 0,4	92,5%	4,8	5,4
30	Réa SI	1 587 365	4,3 1,0	81,3%	5,3	5,3
31	Réa SI	1 902 153	5,2 0,4	92,5%	5,6	6,4
32	Réa SI	2 083 865	5,7 2,4	70,7%	8,1	7,0
33	Réa SI	3 640 941	10,0 2,6	79,5%	12,6	12,2
34	Réa SI	4 095 313	11,2 0,9	92,9%	12,1	13,7
35	Réa SI	5 012 627	13,7 1,7	88,9%	15,4	16,8
Total	Réa SI	116 110 27 859	318,1 76,3	80,6%	394,4	**388,8**

- = (nb lits réa occupés + 10% SI issus de réa) / 0,9

Tableau III- 5 : activité des unités de soins intensifs de cardiologie
Etablissements Paca (base nationale)

Etablissements	Données	Moyenne*
CHICAS GAP-SISTERON	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	575 3,5 2 022
CLINIQUE SAINT GEORGE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	447 2,8 1 256
C.H ANTIBES-JUAN LES PINS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	840 3,1 2 602
CH DE CANNES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	688 2,5 1 719
C.H.U. DE NICE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	2 194 4,4 9 761
CLINIQUE PLEIN CIEL	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 088 2,8 3 087
INSTITUT ARNAULT TZANCK	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	700 3,6 2 513
CH AIX EN PROVENCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	993 3,6 3 526
CLINIQUE LA CASAMANCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	847 3,1 2 586
CLINIQUE GENERALE DE MARIGNANE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	322 2,9 927
CLINIQUE BOUCHARD	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	869 2,4 2 051
POLYCLINIQUE CLAIRVAL	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	702 4,1 2 888
CLINIQUE BEAUREGARD	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	914 5,1 4 650
HOPITAL SAINT JOSEPH	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 474 2,3 2 596
CLINIQUE VERT COTEAU	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	592 4,6 2 706
AP-HM (Timone et Hôpital Nord)	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	4 338 3,4 14 894

Etablissements	Données	Moyenne*
CENTRE CARDIO VASCULAIRE VALMANTE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	578 3,4 1 982
CH D'ARLES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	607 2,5 1 534
CH DE MARTIGUES	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	383 2,4 909
CLINIQUE AXIUM	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 420 4,4 6 295
POLYCLINIQUE LES FLEURS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	765 3,2 2 413
CHI FREJUS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	771 2,5 1 965
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES SAINTE-ANNE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	456 2,4 1 097
CHI TOULON	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 436 2,6 3 736
CH HENRI DUFFAUT AVIGNON	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	1 163 2,9 3 380
CLINIQUE RHONE DURANCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	761 2,3 1 715
PACA	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments STF hors réa	26 304 3,3 85 594

Pour mémoire

Suppléments produits pour une unité de 6 lits occupée à 85 %	1 862
Nombre de séjours pour une DMS moyenne de 3,3 jours	564

Tableau III- 6 : activité des unités de surveillance continue
Etablissements PACA avec réanimation (33 – hors HIA) *Base nationale*

Finess	Etablissements	Données	année 2009
040788879	CH DIGNE	Nombre de séjours	72
		DMS dans l'unité	11,9
		Nb suppléments SRC	858
050000116	CH DE BRIANCON	Nombre de séjours	57
		DMS dans l'unité	3,3
		Nb suppléments SRC	186
050002948	CHICAS GAP-SISTERON	Nombre de séjours	202
		DMS dans l'unité	4,4
		Nb suppléments SRC	885
060780491	INSTITUT ARNAULT TZANCK	Nombre de séjours	1784
060794013		DMS dans l'unité	2,9
		Nb suppléments SRC	5093
060780897	CH DE GRASSE	Nombre de séjours	226
		DMS dans l'unité	3,0
		Nb suppléments SRC	686
060780954	C.H ANTIBES-JUAN LES PINS	Nombre de séjours	578
		DMS dans l'unité	3,4
		Nb suppléments SRC	1978
060780988	CH DE CANNES	Nombre de séjours	179
		DMS dans l'unité	3,2
		Nb suppléments SRC	581
060785011	C.H.U. DE NICE	Nombre de séjours	1548
		DMS dans l'unité	4,2
		Nb suppléments SRC	6441
060791811	CLINIQUE LES SOURCES	Nombre de séjours	343
		DMS dans l'unité	7,5
		Nb suppléments SRC	2561
130001647	INSTITUT PAOLI – CALMETTES	Nombre de séjours	385
		DMS dans l'unité	4,8
		Nb suppléments SRC	1833
130037922	HPC RESIDENCE DU PARC	Nombre de séjours	595
		DMS dans l'unité	3,2
		Nb suppléments SRC	1884
130781040	CH AIX EN PROVENCE	Nombre de séjours	509
		DMS dans l'unité	5,3
		Nb suppléments SRC	2690
130781446	CH D'AUBAGNE	Nombre de séjours	121
		DMS dans l'unité	1,6
		Nb suppléments SRC	198
130781479	CLINIQUE LA CASAMANCE	Nombre de séjours	1141
		DMS dans l'unité	5,5
		Nb suppléments SRC	6305
130782634	CH DE SALON	Nombre de séjours	140
		DMS dans l'unité	4,4
		Nb suppléments SRC	611

Finess	Etablissements	Données	année 2009
130783327	CLINIQUE BOUCHARD	Nombre de séjours	478
		DMS dans l'unité	6,5
		Nb suppléments SRC	3116
130784051	POLYCLINIQUE CLAIRVAL	Nombre de séjours	1142
		DMS dans l'unité	5,4
		Nb suppléments SRC	6181
130784713	CLINIQUE BEAUREGARD	Nombre de séjours	526
		DMS dans l'unité	5,5
		Nb suppléments SRC	2917
130785355	HOPITAL AMBROISE PARE	Nombre de séjours	246
		DMS dans l'unité	5,2
		Nb suppléments SRC	1290
130785363	HOPITAL PAUL DESBIEF	Nombre de séjours	245
		DMS dans l'unité	4,5
		Nb suppléments SRC	1109
130785652	HOPITAL SAINT JOSEPH	Nombre de séjours	998
		DMS dans l'unité	3,1
		Nb suppléments SRC	3126
130785678	CLINIQUE VERT COTEAU	Nombre de séjours	626
		DMS dans l'unité	11,0
		Nb suppléments SRC	6876
130786049	AP-HM	Nombre de séjours	1587
		DMS dans l'unité	3,6
		Nb suppléments SRC	5781
130786361	POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	Nombre de séjours	952
		DMS dans l'unité	4,2
		Nb suppléments SRC	4075
130789316	CH DE MARTIGUES	Nombre de séjours	63
		DMS dans l'unité	3,7
		Nb suppléments SRC	234
130810740	CLINIQUE AXIUM	Nombre de séjours	466
		DMS dans l'unité	6,0
		Nb suppléments SRC	2801
830100319	POLYCLINIQUE LES FLEURS	Nombre de séjours	385
		DMS dans l'unité	4,7
		Nb suppléments SRC	1817
830100525	CH DE DRAGUIGNAN	Nombre de séjours	321
		DMS dans l'unité	4,4
		Nb suppléments SRC	1402
830100533	CH DE HYERES	Nombre de séjours	278
		DMS dans l'unité	6,4
		Nb suppléments SRC	1768
830100566	CHI FREJUS	Nombre de séjours	471
		DMS dans l'unité	2,4
		Nb suppléments SRC	1147
830100616	CHI TOULON	Nombre de séjours	705
		DMS dans l'unité	3,7
		Nb suppléments SRC	2600

Finess	Etablissements	Données	année 2009
840006597	CH HENRI DUFFAUT AVIGNON		1121
		DMS dans l'unité	2,8
		Nb suppléments SRC	3179
Total du nombre de séjours		Nombre de séjours	18 735
Moyenne de la DMS régionale		DMS dans l'unité	4,4
Total du nombre de suppléments SRC		Nb suppléments SRC	83 237

Tableau III- 7 : activité des unités de surveillance continue
Etablissements PACA sans réanimation *Base nationale*

Finess	Etablissements	Données	année 2009
040780215	CH MANOSQUE	Nombre de séjours	353
		DMS dans l'unité	2,9
		Nb suppléments SRC	1037
060000528	CTRE ANTOINE LACASSAGNE	Nombre de séjours	221
		DMS dans l'unité	7,2
		Nb suppléments SRC	1599
060780715	CLINIQUE SAINT GEORGE	Nombre de séjours	1131
		DMS dans l'unité	4,2
		Nb suppléments SRC	4774
060781200	CLINIQUE SAINT ANTOINE	Nombre de séjours	110
		DMS dans l'unité	8,7
		Nb suppléments SRC	953
060785219	CLINIQUE PLEIN CIEL	Nombre de séjours	721
		DMS dans l'unité	0,8
		Nb suppléments SRC	584
060800166	CLINIQUE DE L'ESPERANCE	Nombre de séjours	415
		DMS dans l'unité	3,8
		Nb suppléments SRC	1588
130782147	CLINIQUE GENERALE DE MARIGNANE	Nombre de séjours	442
		DMS dans l'unité	4,4
		Nb suppléments SRC	1923
130783665	CLINIQUE DE BONNEVEINE	Nombre de séjours	173
		DMS dans l'unité	3,6
		Nb suppléments SRC	622
130785512	CH DE LA CIOTAT	Nombre de séjours	173
		DMS dans l'unité	6,3
		Nb suppléments SRC	1095
130789159	CENTRE CARDIO VASCULAIRE VALMANTE	Nombre de séjours	445
		DMS dans l'unité	3,1
		Nb suppléments SRC	1371
830100103	CLINIQUE STE MARGUERITE	Nombre de séjours	438
		DMS dans l'unité	6,7
		Nb suppléments SRC	2943
830100251	CLINIQUE DU CAP D'OR	Nombre de séjours	277
		DMS dans l'unité	5,0
		Nb suppléments SRC	1385
830100392	NOUVELLE CLINIQUE NOTRE DAME	Nombre de séjours	336
		DMS dans l'unité	3,9
		Nb suppléments SRC	1313
830100434	CLINIQUE SAINT JEAN	Nombre de séjours	566
		DMS dans l'unité	6,1
		Nb suppléments SRC	3443
830100459	CLINIQUE SAINT MICHEL	Nombre de séjours	99
		DMS dans l'unité	6,4
		Nb suppléments SRC	635
830100517	CH DE BRIGNOLES	Nombre de séjours	400
		DMS dans l'unité	4,1
		Nb suppléments SRC	1648

Finess	Etablissements	Données	année 2009
830200523	POLYCLINIQUE HENRI MALARTIC	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	135 2,7 369
840000046	CH DE CARPENTRAS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	110 7,2 795
840000087	CH LOUIS GIORGI D'ORANGE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	224 7,0 1578
840000285	POLYCLINIQUE URBAIN V	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	130 4,9 638
840000327	CLINIQUE DU DR MONTAGARD	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	168 2,4 401
840000400	CENTRE CHIRURGICAL ST ROCH	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	36 4,7 170
840004659	CHI CAVAILLON-LAURIS	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	40 8,4 337
840013312	CLINIQUE RHONE DURANCE	Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	765 2,2 1653
Total du nombre de séjours Moyenne de la DMS régionale Total du nombre de suppléments SRC		Nombre de séjours DMS dans l'unité Nb suppléments SRC	7 908 4,2 32 854

Graphique 1

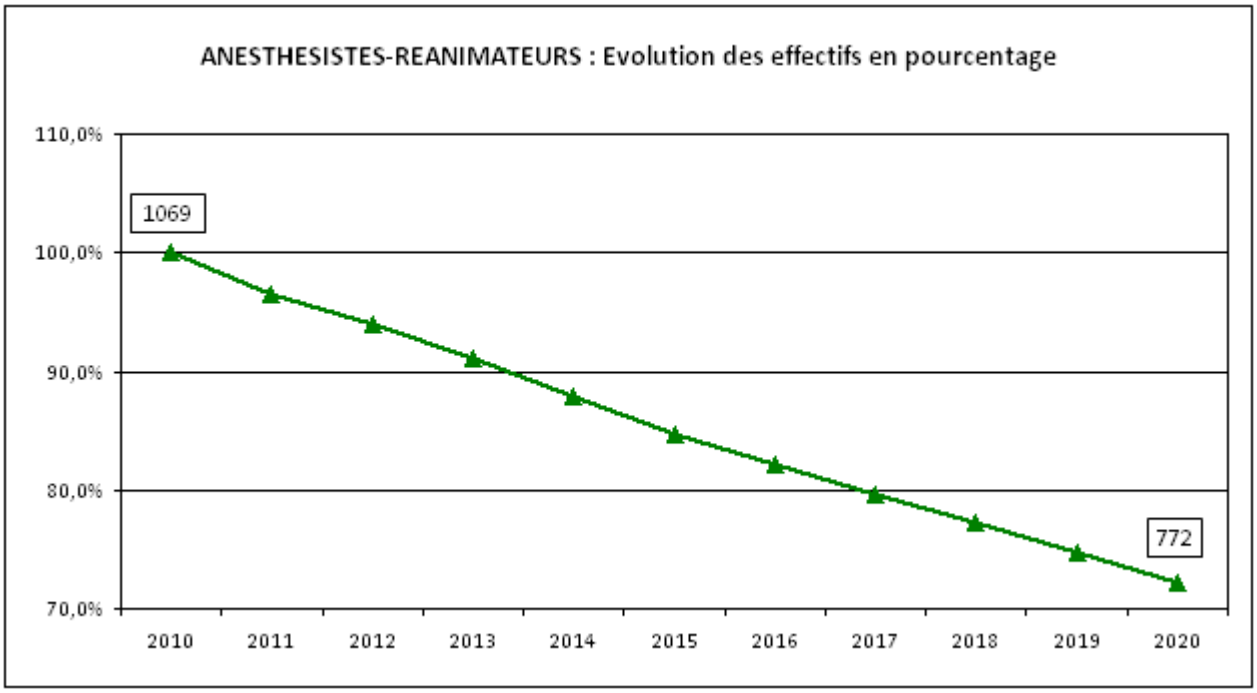


Tableau IV- 2 : activité des réanimations pédiatriques (source PMSI – base nationale)

Tableau IV- 1 : Attractivité et fuites régionales (source PMSI – base nationale)

SITE	Origine patients	année de sortie 2008	2009	2010	Total
MARSEILLE	PACA	776	827	596	2 199
	Départements limitrophes	88	100	92	280
	Autres départements français	112	101	93	306
	Autres (hors France)	57	33	21	111
	Total	1 033	1 061	802	2 896
NICE	PACA	425	421	106	952
	Départements limitrophes	20	13	4	37
	Autres départements français	13	10	2	25
	Autres (hors France)	15	14	8	37
	Total	473	458	120	1 051
PACA	PACA	1 201	1 248	702	3 151
	Départements limitrophes	108	113	96	317
	Autres départements français	125	111	95	331
	Autres (hors France)	72	47	29	148
	Total	1 506	1 519	922	3 947

		2008	2009	2010	total
AP-HM hôpital Nord	Nb séjours	227	294	296	817
	DMS dans l'unité	5,9	7,6	5,5	
	Nb suppl. Réa	637	649	604	
	Nb suppl. SI	1 086	1 706	1 139	
	Nb lits occupés	4,7	6,5	4,8	
AP-HM Timone E	Nb séjours	756	767	807	2330
	DMS dans l'unité	5,0	4,8	4,5	
	Nb suppl. Réa	1 079	1 052	673	
	Nb suppl. SI	3 129	3 056	3 390	
	Nb lits occupés	11,5	11,3	11,1	
CHU de Nice	Nb séjours	248	214	120	582
	DMS dans l'unité	2,7	2,4	3,4	
	Nb suppl. Réa	464	364	277	
	Nb suppl. SI	254	172	170	
	Nb lits occupés	2,0	1,5	1,2	
Lenval	Nb séjours	225	244	160	629
	DMS dans l'unité	6,0	3,0	4,5	
	Nb suppl. Réa	884	573	440	
	Nb suppl. SI	467	176	263	
	Nb lits occupés	3,7	2,1	1,9	
Hôpitaux pédiatriques de Nice	Nb séjours	SO	SO	72	72
	DMS dans l'unité	SO	SO	6,2	
	Nb suppl. Réa	SO	SO	NC	
	Nb suppl. SI	SO	SO	NC	
	Nb lits occupés	SO	SO	NC	
Total régional					4 430

SO : sans objet (la structure n'étant pas créée)

Tableau IV- 3 : distribution par âge (source PMSI – base nationale)

	Age	2008	2009	2010	Total	%	Total
AP-HM hôpital Nord	< 1 mois	44	46	65	155	17,9%	155
	1 mois-1 an	70	71	75	216	24,9%	216
	1-4 ans	93	88	73	254	29,3%	254
	5-9 ans	24	28	29	81	9,3%	81
	10-17 ans	45	61	52	158	18,2%	158
	18-20 ans	1	0	0	1	0,1%	1
	> 20 ans	0	0	2	2	0,2%	2
AP-HM Timone Enfant	< 1 mois	131	149	178	458	19,7%	458
	1 mois-1 an	207	214	255	676	29,0%	676
	1-4 ans	167	148	158	473	20,3%	473
	5-9 ans	82	89	71	242	10,4%	242
	10-17 ans	163	159	140	462	19,8%	462
	18-20 ans	4	6	4	14	0,6%	14
	> 20 ans	2	2	1	5	0,2%	5
CHU de Nice	< 1 mois	42	40	19	101	17,4%	101
	1 mois-1 an	72	50	34	156	26,8%	156
	1-4 ans	64	42	36	142	24,4%	142
	5-9 ans	25	21	15	61	10,5%	61
	10-17 ans	43	59	16	118	20,3%	118
	18-20 ans	1	1	0	2	0,3%	2
	> 20 ans	1	1	0	2	0,3%	2
Lenval	< 1 mois	41	38	24	103	16,4%	103
	1 mois-1 an	59	58	37	154	24,5%	154
	1-4 ans	43	46	38	127	20,2%	127
	5-9 ans	20	22	16	58	9,2%	58
	10-17 ans	58	71	40	169	26,9%	169
	18-20 ans	3	5	3	11	1,7%	11
	> 20 ans	1	4	2	7	1,1%	7
Hôpitaux pédiatriques de Nice	< 1 mois			18	18	25,0%	18
	1 mois-1 an			16	16	22,2%	16
	1-4 ans			17	17	23,6%	17
	5-9 ans			9	9	12,5%	9
	10-17 ans			12	12	16,7%	12
	18-20 ans			0	0		0
	> 20 ans			0	0		0
TOTAL REGIONAL	< 1 mois	258	273	304	835	18,6%	835
	1 mois-1 an	408	393	417	1218	27,2%	1218
	1-4 ans	367	324	322	1013	22,6%	1013
	5-9 ans	151	160	140	451	10,1%	451
	10-17 ans	309	350	260	919	20,5%	919
	18-20 ans	9	12	7	28	0,6%	28
	> 20 ans	4	7	5	16	0,4%	16

Tableau IV- 4 : origine géographique (source PMSI – base nationale)

	Origine des patients	2008	2009	2010	Total	%
AP-HM hôpital Nord	PACA	246	245	259	750	86,5%
	départements limitrophes	16	20	15	51	5,9%
	autres départements	8	18	9	35	4,0%
	étrangers	7	11	13	31	3,6%
	total	277	294	296	867	100,0%
AP-HM Timone Enfant	PACA	519	573	562	1654	71,0%
	départements limitrophes	72	80	104	256	11,0%
	autres départements	106	82	115	303	13,0%
	étrangers	59	32	26	117	5,0%
	total	756	767	807	2330	100,0%
CHU de Nice	PACA	217	198	106	521	89,5%
	départements limitrophes	15	5	4	24	4,1%
	autres départements	5	3	2	10	1,7%
	étrangers	11	8	8	27	4,6%
	total	248	214	120	582	100,0%
Lenval	PACA	208	223	150	581	92,4%
	départements limitrophes	5	8	6	19	3,0%
	autres départements	8	7	2	17	2,7%
	étrangers	4	6	2	12	1,9%
	total	225	244	160	629	100,0%
Hôpitaux pédiatriques de Nice	PACA			70	70	97,2%
	départements limitrophes			0	0	0,0%
	autres départements			2	2	2,8%
	étrangers			0	0	0,0%
	total			72	72	100,0%
TOTAL REGIONAL		1	1	1	3	
	PACA	190	239	147	576	79,8%
	départements limitrophes	108	113	129	350	7,8%
	autres départements	127	110	130	367	8,2%
	étrangers	81	57	49	187	4,2%
		1	1	1	4	
	total	506	519	455	480	100,0%

Tableau IV- 5 : Distribution par CMD pour la région Paca (source PMSI – base nationale)

CMD	Libellé	2008	2009	2010	Total	%
01	Affections du système nerveux	218	222	213	653	**14,8%**
02	Affections de l'œil	5	6	8	19	0,4%
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	25	20	27	72	1,6%
04	Affections de l'appareil respiratoire	204	219	204	627	**14,2%**
05	Affections de l'appareil circulatoire	338	329	383	1 050	**23,8%**
06	Affections du tube digestif	137	157	116	410	**9,3%**
07	Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	20	25	21	66	1,5%
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	136	155	124	415	**9,4%**
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	8	4	3	15	0,3%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	35	52	39	126	2,9%
11	Affections du rein et des voies urinaires	27	33	24	84	1,9%
12	Affection de l'appareil génital masculin	0	1	4	5	0,1%
13	Affections de l'appareil génital féminin	1	4	3	8	0,2%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	77	86	68	231	5,2%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	26	23	19	68	1,5%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	10	7	8	25	0,6%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	22	26	17	65	1,5%
19	Maladies et troubles mentaux	2	6	3	11	0,2%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	15	15	9	39	0,9%
22	Brûlures	24	15	19	58	1,3%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	32	54	43	129	2,9%
24	Séances et séjours de moins de 2 jours	48	9	4	61	1,4%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	37	7	1	45	1,0%
26	Traumatismes multiples graves	18	10	7	35	0,8%
27	Transplantations d'organes	32	31	30	93	2,1%
90	Erreurs et autres séjours inclassables	7	2	0	9	0,2%
total		1 504	1 518	1 397	4 419	100,0%

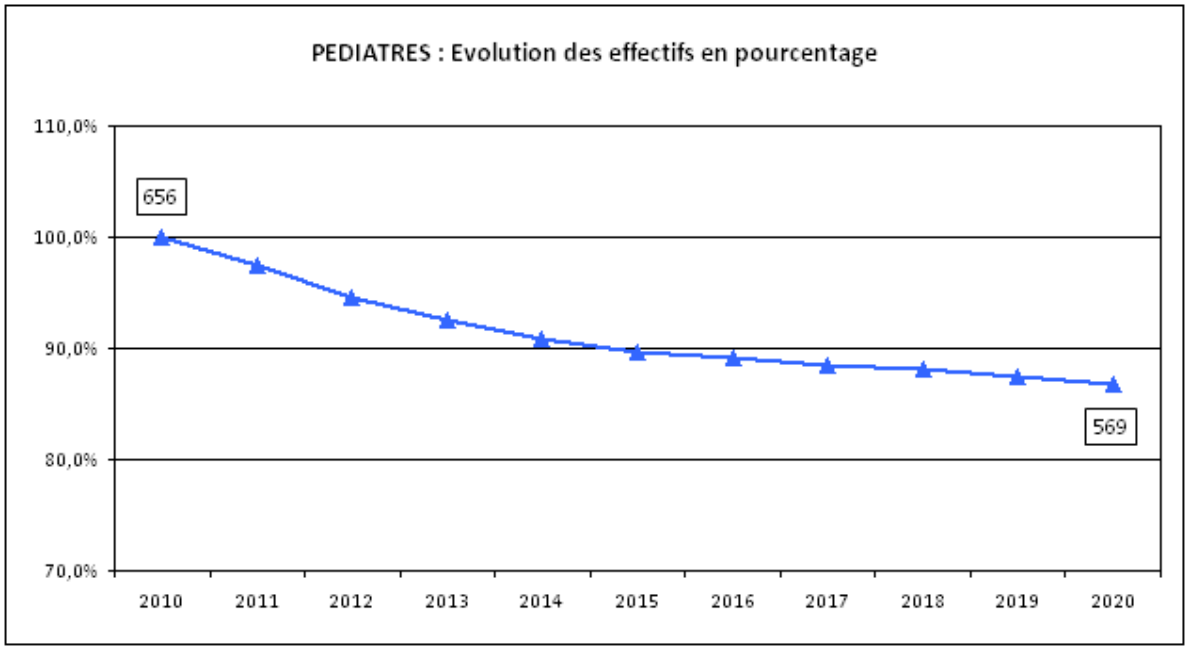
TOTAL CUMULE (en %)

CMD	Libellé	%
05	Affections de l'appareil circulatoire	23,8%
01	Affections du système nerveux	38,5%
04	Affections de l'appareil respiratoire	52,7%
08	Affections et trauma appareil musc-sq et du tis conj	62,1%
06	Affections du tube digestif	71,4%

Distribution des parts d'activité (en %)						
CMD	Libellé	Nord	TE	CHUN	Lenval	moyenne
01	Affections du système nerveux	13,6	15,2	**21,1**	8,3	14,8
04	Affections de l'appareil respiratoire	**20,0**	8,3	14,8	**27,3**	14,2
05	Affections de l'appareil circulatoire	2,2	**41,9**	4,5	4,5	23,8
06	Affections du tube digestif	14,5	5,5	10,8	14,1	9,3
08	Affections et trauma appareil musc-sq et du tis conj	6,3	9,0	9,8	14,8	9,4
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la pér périnat	7,5	3,4	11,2	3,3	5,2
22	Brûlures	9,9	0,0	0,9	0,3	1,3

Tableau IV- 7 : évolution des prises en charge en réanimation pédiatrique à l'horizon 2016					
	Classes d'âges	activité constatée		Variation 2011-2016	
		2008-10	moyenne	en %	en séjours
Paca Ouest	< 1 mois	613	204		
	1 mois-1 ans	892	297	1.57 %	755
	1-4 ans	727	242		
	5-9 ans	323	108	0.94 %	109
	10-17 ans	620	207	1.02 %	209
	18-20 ans	15	5	0.42 %	5
	total Paca O	3 190	1 064	0.51 %	1069
Paca Est	< 1 mois	222	74		
	1 mois-1 ans	326	109	1.00 %	281
	1-4 ans	286	95		
	5-9 ans	128	43	0.49 %	43
	10-17 ans	299	100	0.44 %	100
	18-20 ans	13	4	0.16 %	4
	total Paca E	1 274	425	0.97 %	429

Graphique 2



TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC) PAR EPURATION EXTRA RENALE

4.13 Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique par épuration extra rénale

4.13.1 Contexte

4.13.1.1 Epuration extra rénale

L'épidémiologie de la maladie est suivie au niveau national par le « Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie » (REIN). La tenue de ce registre constitue une priorité régionale permettant de disposer des données épidémiologiques nécessaires au suivi des besoins de santé de la population.
Ces données, associées aux données déclaratives annuelles des structures, contribuent au suivi de la mise en œuvre du SROS.
L'étude de l'évolution des effectifs de patients dialysés, réalisée par le laboratoire de Santé Publique de la Faculté de médecine de Marseille de l'année 1995 à l'année 2010, soit sur 15 ans, atteste que la progression est linéaire et évaluée à 100 nouveaux patients par an en PACA ; ce constat rend compte du fait que les prévisions d'activité du SROS 3 étaient surévaluées par rapport au nombre de patients pris en charge en 2009. Le profil des patients dialysés s'aggrave compte tenu de leur vieillissement, du nombre de comorbidités associées, pour les plus de 75 ans, et de leur perte d'autonomie.

Implantations par territoire

Territoires	Total implantations	Centres	UDM*	UAD**
Alpes Haute Provence - 04	3	1	1	3
Hautes Alpes - 05	4	2	2	2
Alpes Maritimes - 06	12	6	2	6
Bouches du Rhône - 13	27	10	13	17
Var - 83	15	8	10	10
Vaucluse - 84	8	4	3	6
TOTAL	69	31	30	44

* : unité de dialyse médicalisée
** : unité d'autodialyse simple ou assistée

Activité par modalité et par territoire de santé
(données déclaratives communiquées par les établissements pour les activités de 2009)

Nombre de patients	Centre	UDM	UAD	DP*	HDD**	TOTAL
Alpes de Haute Provence - 04	68	9	17	0	0	94
Hautes Alpes - 05	65	0	13	1	1	80
Alpes Maritimes - 06	367	29	100	21	0	517
Bouches du Rhône - 13	1 055	44	402	42	5	1 548
Var - 83	444	70	163	47	20	744
Vaucluse - 84	318	35	52	28	4	437
TOTAL	2 317	187	747	139	30	3 420

*: dialyse péritonéale
**: hémodialyse à domicile

Sont exclues de ce tableau l'activité du centre d'hémodialyse de l'HIA Sainte Anne (Toulon) ainsi que celle des 2 centres de dialyse pédiatrique.

L'offre sur les territoires est globalement équilibrée :

- toutes les modalités de dialyse sont proposées dans chacun des territoires (à l'exception de la dialyse péritonéale dans les Alpes de Haute Provence) ;
- des Unités de Dialyse Médicalisées (UDM) ont été autorisées sur chaque territoire conformément aux objectifs du précédent SROS en tenant compte de la nécessité d'une prise en charge de proximité mais aussi des ressources médicales disponibles ; cependant la plupart des unités n'a été mise en service qu'à partir de 2009 ;
- le développement de la dialyse péritonéale n'a pas atteint l'objectif prévu de 5%, bien que deux territoires dépassent ce taux.

Activité de dialyse pédiatrique

En 2009, l'activité de dialyse pédiatrique sur les 2 CHU a été de 13 patients à Marseille et 3 à Nice.

4.13.1.2 Greffe rénale

L'Agence de la biomédecine dresse chaque année le bilan de l'activité de greffe en PACA comparé au niveau national :

- le nombre de greffes réalisées en PACA en 2009 est de 167 dont 7 à partir de donneurs vivants ;
- les greffes rénales à partir de donneurs vivants (1,4% pour Nice et 6,5% pour Marseille) restent inférieures au taux national (7,9%) ;
- en 2010, la médiane d'attente avant inscription en liste pour les patients de moins de 60 ans est de 20,2 mois pour une moyenne nationale de 14,3 mois ;
- parmi les patients en dialyse de moins de 60 ans, 17,4% sont inscrits en liste d'attente, 24,4% sont en cours de bilan, ce qui laisse 58,2% de patients non inscrits (parmi lesquels 52% sont en contre indication médicale et 22% ont exprimé un refus) ;
- nombre de retours en dialyse après échec de greffe en région PACA en 2009 = 45 ;
- taux d'échec en région PACA en 2009 = 27%.

4.13.1.3 Prévention – dépistage de l'IRC

Des actions de prévention et de dépistage existent à l'initiative des établissements de santé et de la Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux (FNAIR) mais elles se révèlent insuffisantes.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est difficile à mettre en œuvre : pour les patients, elle se conçoit plus facilement pendant les séances de dialyse et pour les équipes, elle n'est efficiente que dans la mesure où tous ses membres se forment en même temps.

L'information des patients sur le choix des modalités de dialyse est insuffisante et non tracée.

4.13.2 Orientations générales

Le patient doit être mis au centre du dispositif et il doit avoir accès à la modalité de traitement la plus adaptée à son état de santé, choisie avec son accord. L'atteinte de cet objectif a pour conséquence la nécessité de diversifier les modes de prise en charge effectués par chaque équipe et de renforcer les conventions établies entre les structures.

4.13.2.1 Epuration extra rénale

4.13.2.1.1 Améliorer l'accès aux soins

Le nombre de centres d'hémodialyse installés, bien répartis dans chaque territoire, doit pouvoir répondre à la prise en charge des patients lourds.

Pour les modalités de dialyse hors centre, il importe de diversifier et renforcer l'offre de proximité en tenant compte de l'évolution des besoins de la population, des contraintes de la démographie médicale et de l'évolution des technologies :

- Les prises en charge en unité de dialyse médicalisée doivent se développer tant par le biais de la montée en charge des structures récemment mises en service que par la délivrance de nouvelles autorisations d'installation afin de compléter l'offre et de répartir au mieux les implantations,

- En ce qui concerne les unités d'auto dialyse (UAD), leur répartition permet de répondre à un besoin de proximité dans la plupart des territoires ; un ajustement ponctuel devrait permettre de compléter le dispositif,

- Le développement de la dialyse à domicile (hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale) constitue l'un des objectifs majeurs du volet relatif à l'insuffisance rénale chronique du SROS PRS, eu égard à son faible développement dans la région et grâce aux évolutions technologiques (nouveaux générateurs simplifiés).

  La réalisation de cet objectif nécessite une attitude volontaire de l'ensemble des acteurs lors de la mise en dialyse :
  - en l'absence de contre-indication, une information claire et précise doit être dispensée sur cette technique à tous les patients,
  - il convient d'inciter les structures non titulaires d'une autorisation de pratiquer la DP, à en faire la demande et à la mettre en œuvre,
  - si la structure offre les différentes modalités de dialyse, elle doit assurer la formation d'IDE aux manipulations spécifiques à la dialyse péritonéale.

  L'accès à la dialyse péritonéale dans les EHPAD peut constituer une possibilité de développement de cette modalité mais nécessite de :
  - développer la coopération ville hôpital, notamment avec les infirmiers en exercice libéral ;
  - former les IDE à la technique de dialyse péritonéale,
  - favoriser la communication et la coordination avec les structures médicosociales ; pour cela, il s'agit d'établir des conventions entre les structures de dialyse et les EHPAD afin de recenser le nombre de patients dialysés et hébergés en EHPAD et d'organiser une offre de prise en charge en DP ; la labellisation de certaines de ces structures en « EHPAD dédiés » pourrait ainsi être envisagée.

4.13.2.1.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Télémédecine

La télémédecine peut apporter une aide à la surveillance et à la décision thérapeutique, notamment en dialyse à domicile, en UAD et en UDM. Son développement permettra de faire face à la pénurie de néphrologues. A cet effet, un groupe de travail mis en place à l'ARS dans le cadre du SROS PRS devrait permettre de définir les conditions de son développement.

Information et Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Le patient doit être informé, dès la phase initiale du diagnostic, de l'ensemble des modalités thérapeutiques existantes. Les propositions qui lui sont faites ainsi que les décisions prises doivent donner lieu à l'élaboration d'un document daté, signé, annexé au dossier du patient et éventuellement renouvelé.

La création d'une plateforme d'informations sur les maladies rénales par l'Association de néphrologues du Sud-est et de la Corse (ANSEC) serait aussi une aide précieuse tout autant que l'information soit mise en ligne sur le site de la Société Française de Néphrologie.
Dans le cadre de cette information, une place mérite d'être réservée à la greffe dont l'intérêt n'est plus à démontrer, notamment à partir de donneurs vivants, surtout dans la perspective des greffes préemptives. De plus les réunions organisées par le centre de transplantation pour les patients ayant un bilan pré-greffe pourraient se dérouler avec la participation des néphrologues traitants, ce qui permettrait de consolider l'information de tous.

Une éducation thérapeutique mutualisée (néphrologue, cardiologue, diabétologue et/ou pédiatre) devra se développer ; elle concerne les patients à partir du stade de pré dialyse et pourra s'organiser sous forme de séances collectives et/ou individuelles, formalisées et évaluées.

Dépistage et prévention

Les actions à mener pour une meilleure prise en charge des patients à risque d'IRC justifient de :

- constituer un groupe de travail pluridisciplinaire pour définir les actions à mettre en place dans la région et en évaluer les résultats par des indicateurs spécifiques ;

- favoriser, en coopération avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), la communication et la coordination avec les professionnels libéraux concernés : médecins généralistes, cardiologues, diabétologues et pédiatres, infirmiers libéraux afin d'optimiser les actions de prévention à engager à l'intention des patients à risque d'IRC (HTA, maladies athéromateuses, diabète, iatrogénie médicamenteuse, néphropathies familiales et génétiques, …) ;

Par ailleurs, il importe d'inscrire, dans le CPOM signé avec chaque structure de dialyse, des objectifs de prévention et d'en suivre les actions.

Par ailleurs, il convient de veiller à la vaccination adaptée des professionnels de santé prenant en charge des patients dialysés.

4.13.2.1.3 Améliorer l'efficience

Lorsqu'un établissement n'est pas en mesure d'offrir en propre toutes les modalités de dialyse, il doit établir des conventions avec d'autres structures, lesquelles seront formalisées, évaluées régulièrement et tenues à disposition de l'A R.S.

Ces conventions ont pour objet de définir les conditions de :
- l'accès aux quatre modalités de dialyse (hémodialyse en centre, en unité de dialyse médicalisée, en unité d'auto dialyse, dialyse à domicile),
- l'organisation de la permanence des soins (prise en charge en cas de survenue de complications, repli, réanimation).

Par ailleurs, il conviendra de réduire le nombre de dialyses débutées en urgence en favorisant suffisamment tôt le recours au néphrologue des personnes atteintes d'IRC pour lesquelles un traitement par épuration extrarénale doit être envisagé.

4.13.2.1.4 Hémodialyse pédiatrique

La région PACA offre deux sites de prise en charge des maladies rénales de l'enfant, les CHU de Nice et de Marseille.

En sus des critères de qualité de la prise en charge précédemment développés, notamment dans le cadre de la prévention de l'IRC et de l'ETP, des objectifs sont spécifiques aux enfants :

- l'intégration des composantes familiale et scolaire (intervention de l'éducation nationale sur le site de traitement de l'enfant) dans la prise en charge clinique ;
- l'amélioration des étapes de transition vers les centres d'adultes à la fin de l'adolescence.

4.13.2.2 Greffe rénale

4.13.2.2.1 Améliorer l'accès aux soins

L'objectif principal est d'assurer aux patients un accès rapide et équitable à la greffe en réduisant les délais d'inscription et les délais d'attente sur liste et tenter d'aplanir les disparités entre les équipes. Le motif de non inscription sur liste doit être renseigné par l'équipe de néphrologie et figurer dans le dossier médical du patient.
Une information des patients et de leurs proches le plus tôt possible dans l'histoire de la maladie devra présenter le don d'organes comme une alternative de choix, notamment à partir de donneurs vivants.
Il importe d'intégrer l'accès à la greffe dans la filière de soins qui va du dépistage de l'IRC terminale à la prise en charge thérapeutique au long cours des patients. Pour ce faire des conventions de coopération sont nécessaires entre les structures de dialyse et les centres greffeurs.

4.13.2.2.2 Améliorer l'efficience

Il importe de favoriser l'augmentation de l'activité de greffe en facilitant l'organisation du prélèvement d'organes.

Il conviendra de structurer et formaliser les réseaux de prélèvement d'organes.

4.13.3 Objectifs quantifies par territoire

4.13.3.1 Implantations

4.13.3.1.1 Centre, dialyse médicalisée et autodialyse

Les propositions figurant dans le tableau ci-dessous sont établies à partir du nombre de sites autorisés en 2011 (y compris les 2 centres de dialyse pédiatrique et le centre de dialyse de l'HIA Sainte Anne) majoré en UDM et en auto dialyse afin de prendre en charge préférentiellement selon ces modalités et au plus près de leur domicile, les patients attendus à l'horizon 2016.

Territoires	Centre	UDM	Auto dialyse
Alpes Haute Provence (04)	1	3	3
Hautes Alpes (05)	2	2	2
Alpes Maritimes (06)	6	5	7
Bouches du Rhône (13)	10	13	17
Var (83)	8	11	10
Vaucluse (84)	4	4	7
TOTAL	**31**	**38**	**46**

4.13.3.1.2 Hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale

Les autorisations pour ces deux activités de dialyse à domicile sont délivrées pour l'une ou l'autre de ces deux activités ou pour les deux selon la formulation de la demande.
Chaque promoteur peut les mettre en œuvre sur toutes les structures qu'il détient quelque soit le site d'implantation sous réserve du respect des conditions règlementaires ; de ce fait elles ne peuvent être différenciées par territoire.

Toutefois le développement de la dialyse à domicile ne prendra toute sa dimension que si chaque équipe de néphrologues réalise, sur chaque territoire, cette activité en propre et non plus par convention avec une autre structure.
Ainsi l'offre de soins doit être complétée par une autorisation dans le territoire des Alpes de Haute Provence, une dans les Alpes Maritimes (hors Nice) et une dans le Var.

4.13.3.2 Répartition de l'activité par modalité de dialyse

L'activité de dialyse doit tendre, selon les modalités de dialyse, vers une proportion de 60% en centre d'hémodialyse et 40% hors centre dont 14% de dialyse médicalisée, 18% en autodialyse et 8% à domicile.

4.13.4 Tableau de bord de suivi de l'activité

4.13.4.1 Indicateurs épidémiologiques et d'activité issus du registre REIN

- données générales sur l'épidémiologie de la région : prévalence de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRC, incidence de l'IRCT, incidence et prévalence des patients en IRCT avec diabète associé ;
- bilan de l'activité de dialyse/greffe : répartition des patients par modalité de prise en charge, nombre de patients porteurs d'un greffon fonctionnel, tableau des flux de patients ;

- indicateur de lourdeur de la comorbidité des patients traités ;
- indicateur d'accessibilité géographique (en temps de transport) ;
- indicateurs d'attractivité/fuites.

4.13.4.2 Indicateurs issus de la base de données des greffes de l'Agence de Biomédecine

- accessibilité : durée médiane de séjour sur liste d'attente ;
- activité : nombre de greffes réalisées, nombre de patients suivis, nombre de prélèvements pratiqués.

4.13.4.3 Indicateurs « objectif greffe »

- nombre de patients sur liste d'attente un jour donné ;
- ratio greffés/patients en IRCT traités ;
- délai entre début de dialyse et inscription, délai entre inscription et greffe ;
- % d'inscription en début de dialyse, % d'inscription à un an de dialyse ;
- % de patients inscrits par tranches d'âge ;
- % de patients présentant une contre indication temporaire à la greffe
- nombre de greffes préemptives par tranche d'âge
- nombre de greffes donneurs vivants ;
- taux d'échec ;
- nombre de retours en dialyse après échec.

4.13.4.4 Indicateurs d'activité transmis à l'ARS par chaque structure de traitement

Chaque établissement adresse un bilan annuel d'activité par structure et par modalité de dialyse permettant notamment d'établir la part des nouveaux patients traités par dialyse péritonéale et la part des patients suivis hors centre.

Ces indicateurs sont à remplir selon une fiche de recueil annexée au contrat d'objectifs et de moyens et à renvoyer à l'ARS avant le 31 mars de l'année N+1.
(modèle à annexer au SROS-PRS).

TRAITEMENT DU CANCER

4.14 Traitement du cancer

4.14.1 Etat des lieux

4.14.1.1 Bilan de l'activité de chirurgie des cancers

L'activité de chirurgie carcinologique est étudiée particulièrement pour les 6 spécialités soumises à seuil pour lesquelles on observe une relative stabilité de l'activité (baisse sur l'ensemble de 2,3 % entre 2006 et 2010).Cette évolution de l'activité chirurgicale varie selon les spécialités : moins 7,2 % pour le sein, moins 4,8 % pour le digestif, moins 7,5 % pour l'urologie, moins 0,6 % pour la gynécologie ; et à contrario plus 3,2 % en ORL et + 16,7 % en chirurgie thoracique (voir graphique 1).

4.14.1.2 Bilan de l'activité de chimiothérapie

Les objectifs poursuivis sont ceux inscrits dans le Plan cancer 2009-2013 et particulièrement la mesure 21 qui est de garantir un égal accès aux traitements et aux innovations. Le rapport de l'INCa sur la situation de la chimiothérapie des cancers en 2010 met l'accent sur l'évolution de cette pratique tant sur le plan quantitatif (plus de malades à traiter, dans des indications élargies) que sur le plan qualitatif avec de nouvelles molécules dont la cible est un phénomène biologique de la cellule tumorale (comme par exemple les anticorps monoclonaux). L'accès à ces **thérapies dites « ciblées »** nécessite, pour s'assurer de son efficacité chez le patient, d'analyser la tumeur par la réalisation de test le plus souvent moléculaire. A cet effet 3 plateformes de biologie moléculaire ont été mises en place en Paca.
Parallèlement aux évolutions de la chimiothérapie par voie intraveineuse réalisée le plus souvent en ambulatoire dans les services d'hôpitaux de jour des établissements autorisés ou associés, il est noter la part croissante de la **chimiothérapie orale** sur laquelle porte également l'innovation et qui est de plus en plus utilisée au domicile des patients.

Pour les établissements autorisés, le seuil d'activité annuelle est fixé à 80 patients dont au moins 50 patients en ambulatoire. 36 établissements ont reçu une autorisation de traitement du cancer par cette pratique.
D'autres établissements peuvent dispenser des soins de chimiothérapie en tant qu'établissement associé dans le respect des recommandations rédigées par l'INCa.

En 2010, l'activité de chimiothérapie intraveineuse dans les établissements de santé de la région concerne 24 291 patients pour un nombre de séances de 179 072, soit un taux moyen de 7,4 séances par patient sur l'ensemble des établissements de la région (voir graphique 2).

4.14.1.3 Bilan de l'activité de radiothérapie externe et curiethérapie

Radiothérapie externe

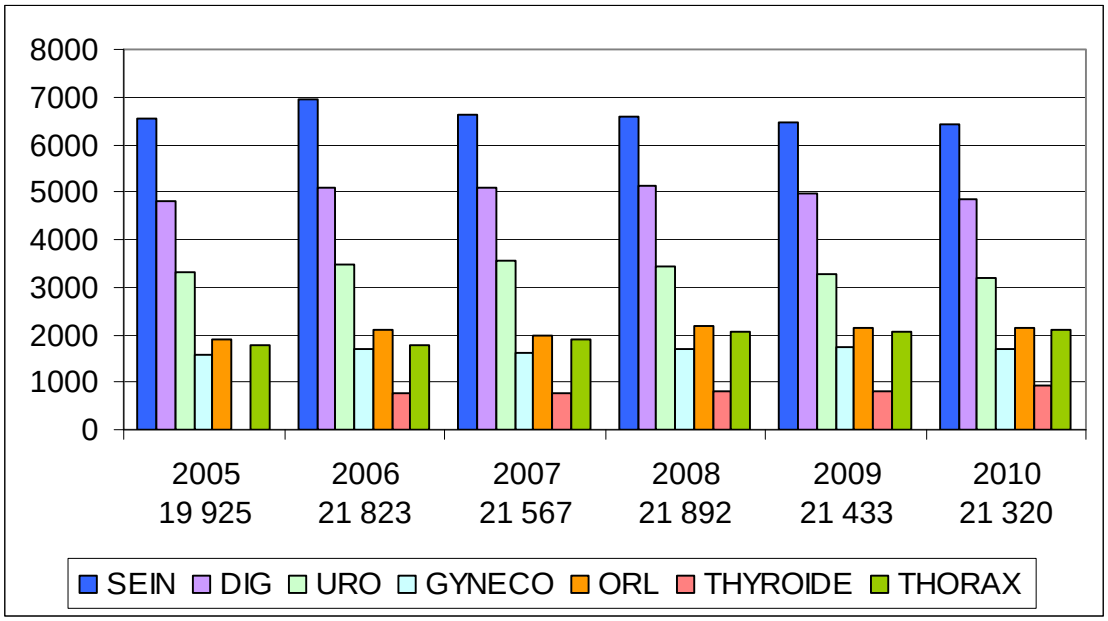
Douze centres de radiothérapie sont en activité dans la région Paca.
En 2007, il a été observé une diminution des traitements par radiothérapie comme partout en France. Depuis, l'activité de radiothérapie de la région a retrouvé sa place dans le traitement du patient avec une discrète progression annuelle. Le nombre de séances par traitement est stable, de l'ordre de 21 séances par traitement.
Ces éléments de suivi vont être modifiés dans les années qui viennent par l'apparition de nouvelles techniques d'irradiation permettant de délivrer des doses plus élevées mieux centrées sur la tumeur, de diminuer le nombre de séances et de mieux épargner les tissus sains.

Curiethérapie

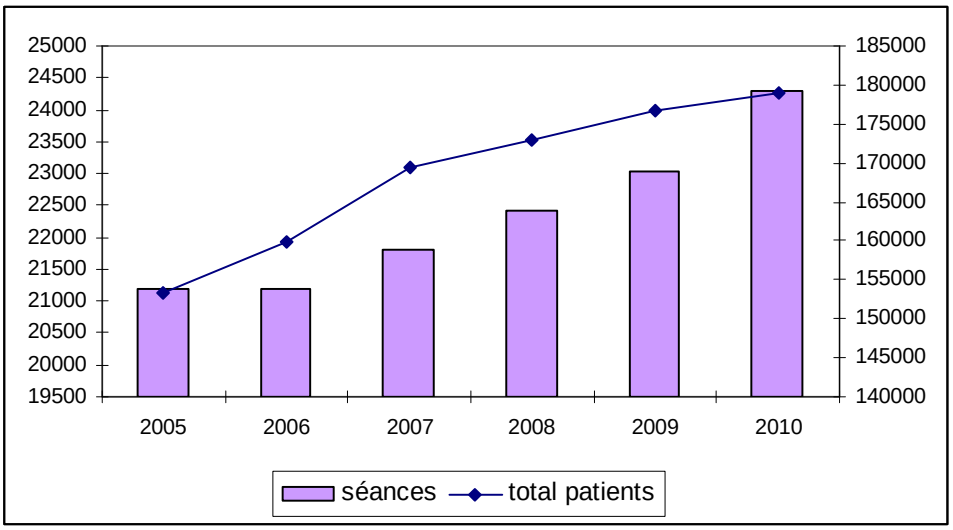
4 centres sont autorisés pour cette technique dans la région et couvrent les besoins de traitement par cette technique.

4.14.1.4 Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

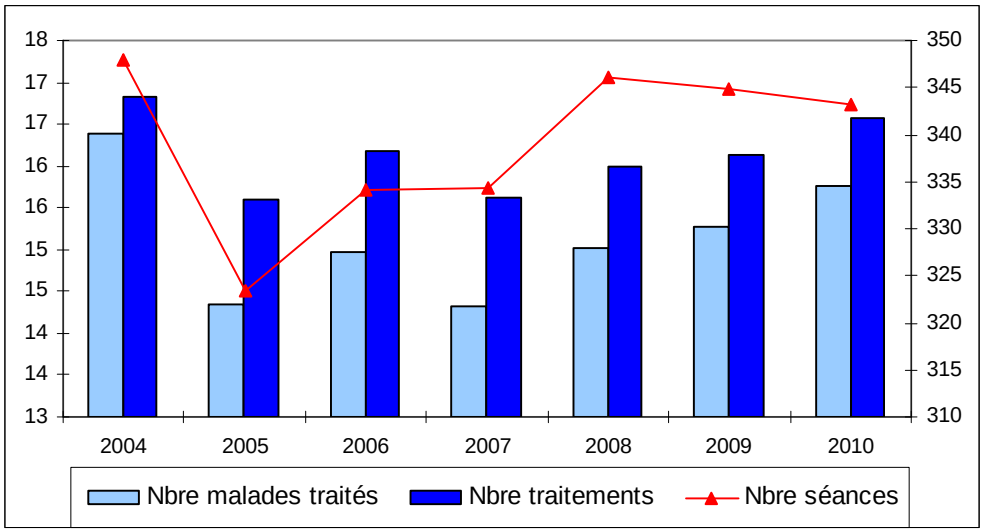
6 sites ont reçu une autorisation pour le traitement par radioéléments en sources non scellées dans la région PACA. En cancérologie, les principales indications sont les cancers de la thyroïde, les lymphomes et les métastases osseuses hyperalgiques.



Graphique 1 : Activité de chirurgie sur les 6 dernières années pour les 6 spécialités soumises à seuil



Graphique 2 : Evolution du nombre de séances de chimiothérapie et du nombre de patients traités par chimiothérapie entre 2005 et 2010



Graphique 3 : Activité de radiothérapie sur les 6 dernières années

4.14.2 Niveau régional

4.14.2.1 Le réseau régional de cancérologie et les 3C

La région Paca a la particularité de partager le réseau avec la région Corse. Le réseau OncoPaca-Corse a été « reconnu » par l'INCa le 22 novembre 2010.

Ce réseau remplit les missions inscrites dans le référentiel des réseaux de cancérologie. Le réseau est doté d'une cellule de coordination située à Marseille et d'un comité scientifique composé de professionnels experts de la région. Il travaille en concertation étroite avec les centres de coordination en cancérologie (3C) au nombre de 15 dans la région qui assurent à une échelle plus fine l'organisation et la qualité de fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), le développement du dispositif d'annonce et la remise au patient du programme personnalisé de soins (PPS). La plupart des 3C de la région sont des organisations mutualisées entre plusieurs établissements autorisés. Seuls deux centres de coordination sont propres uniquement à un établissement. Quelques établissements non autorisés mais impliqués dans la prise en charge du patient atteint de cancer font aussi partie de certains 3C de la région.

Tous les 3C doivent s'impliquer plus dans l'ensemble des missions définies dans la circulaire de 2005 et les mettre en œuvre au sein de tous les établissements concernés.

Le réseau coordonne les actions d'évaluation des pratiques mises en œuvre dans les établissements autorisés par les 3C. Il s'agit des évaluations demandées par l'INCa ou décidées en région conjointement par le réseau et l'ARS. Le comité scientifique du réseau doit maintenant permettre à ce dernier de jouer un rôle plus décisionnel afin que la qualité de la prise en charge des patients dans les établissements autorisés soit garantie dans le respect des référentiels nationaux de prise en charge.

Dans le cadre du réseau OncoPaca-Corse, les cabinets et services d'anatomopathologie sont sollicités pour transmettre leurs données relatives à un prélèvement cancéreux (biopsies, pièces opératoires) depuis 2005 au Centre de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie Pathologique (CRISAP) en collaboration avec le Département de Santé Publique du CHU de Nice.

Le recueil a débuté dans les Alpes Maritimes et s'est étendu dans la région. Le recul du recueil permet d'obtenir maintenant des données de cancer en termes d'incidence selon les différentes localisations sur une bonne partie de la région. La poursuite du développement régional et la mise en place d'un groupe de travail composé de professionnels, vont permettre d'étudier précisément les variations régionales d'incidence du cancer et de surveiller les zones exposées à certains agents nocifs pour la santé afin de voir précisément quels sont les risques pour mieux agir sur leur prévention.

4.14.2.2 Le pôle régional de cancérologie

Le pôle régional de cancérologie assure, sur la base des ressources présentes au niveau de la région, l'équité d'accès à l'innovation, à la recherche clinique et aux traitements lourds et complexes.
En PACA, le pôle régional de cancérologie s'organise autour des sites hospitalo-universitaires de Nice et Marseille avec la mise en collaboration des moyens développés notamment dans les deux CHU et les deux CLCC.
Selon la densité et la répartition de la population et de l'offre dans certaines régions, les activités et l'expertise attendue du niveau régional peuvent se situer au niveau de recours infrarégional. Il assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national. Il comprend les sites de recours « en cancérologie » qui apportent leur appui aux autres sites infrarégionaux autorisés au traitement du cancer.
Le pôle régional de cancérologie permet en particulier une offre de recours pour les cancers rares de l'adulte (Hématologie, Ophtalmologie, Sarcomes, tumeurs endocrines malignes sporadiques et héréditaires (centre de référence à la Timone), tumeurs germinales et les cancers de l'enfant. Il garantit que non seulement l'offre de recours est disponible et optimale mais qu'elle est également accessible et que le libre choix du recours au sein du pôle est garanti.

4.14.2.3 Le cancéropôle – les tumorothèques – l'équipe mobile de recherche clinique

En PACA, le cancéropôle est organisé sur les sites de Marseille et de Nice autour de huit institutions fondatrices. Le site de Marseille comprend l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), l'Institut Paoli Calmettes (IPC), l'Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2 et la délégation Provence du CNRS. Le site de Nice comprend le CHU de Nice, le Centre Antoine Lacassagne, l'Université Sophia Antipolis et la délégation Côte d'Azur du CNRS. L'INSERM est également partenaire à travers sa délégation régionale PACA.
Les 6 axes de recherche en cancérologie couvrent les domaines de la recherche fondamentale, translationnelle et clinique, en intégrant des dimensions transversales et multidisciplinaires. Le cancéropôle exerce des actions de recherche de complémentarité et de synergie qui s'organisent autour de quatre dimensions principales :

- la constitution de grandes tumorothèques organisées pour la recherche génomique ;
- la mise en place de plateformes d'analyse génomique et protéomique à haut débit, autour de programmes finalisés de compréhension de la maladie et de recherche de cibles diagnostiques et thérapeutiques. La dimension bioinformatique de ces travaux est aujourd'hui une des principales préoccupations du cancéropôle PACA.
- la construction d'essais cliniques évaluant de nouveaux outils diagnostiques (exemple: les signatures moléculaires), de nouveaux agents thérapeutiques ou des stratégies thérapeutiques innovantes
- la construction d'études en sciences sociales, économiques et humaines destinées à mesurer les risques vis-à-vis des cancers et les attitudes à mettre en place dans ce contexte, à évaluer les conséquences individuelles du diagnostic de cancer, la réorganisation des acteurs sanitaires lors de l'introduction d'innovations diagnostiques ou thérapeutiques en cancérologie, la perception et l'acceptation de l'activité de recherche en cancérologie par les malades traités pour un cancer.

Par décision du Ministre du Budget, des Comptes Publics, de la Fonction Publique et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, et de la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, la Convention Constitutive du Groupement d'Intérêt Public dénommé « Cancéropôle Provence- Alpes-Côte d'Azur » a été approuvée en date du 25 février 2011. Le cancéropôle PACA a été positivement évalué par l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES) en 2010-2011, et labellisé par l'INCa jusqu'en 2014.

La région PACA regroupe trois sites de conservations d'échantillons biologiques : les tumorothèques de l'APHM, de l'IPC et celle commune au CHU de Nice et au CAL.

L'objectif des tumorothèques est de collecter des échantillons tumoraux provenant de patients atteints de cancer. Ces échantillons congelés de tumeurs sont stockés dans le but de constituer des ressources qui serviront aux chercheurs pour mieux comprendre les mécanismes moléculaires impliqués dans les cancers et d'identifier de nouveaux bio-marqueurs en cancérologie. Les trois tumorothèques ont élaboré un catalogue informatisé commun accessible en ligne, recensant les collections d'échantillons biologiques conservées au sein des trois tumorothèques du Canceropôle. L'intérêt de cet outil informatique, est de permettre aux chercheurs qui mènent des projets scientifiques en cancérologie, de connaître l'état des collections conservées dans les 3 tumorothèques du cancéropôle PACA.

Le cancéropôle a obtenu le financement d'une Equipe Mobile de Recherche Clinique (EMRC) composée de 5 attachés de recherche (ARC) qui sont mis à disposition des établissements de la région ayant répondu initialement à l'appel d'offre. L'activité de cette EMRC est coordonnée au niveau régional et les inclusions dans les différents types d'essais cliniques justifient le temps d'ARC alloué à chaque établissement.

4.14.3 Niveau territorial

4.14.3.1 Les établissements autorisés

Les textes cités plus haut ont permis de mettre en place le dispositif relatif aux établissements autorisés dans le respect des critères transversaux.

Chirurgie des cancers

Aux conditions citées ci-dessus, s'ajoutent d'une part les critères d'agrément spécifique à la chirurgie des cancers et d'autre part les seuils et critères spécifiques pour les cancers suivants : cancers du sein (seuil=30), cancers digestifs (seuil=30), cancers urologiques (seuil=30), cancers gynécologiques (seuil=20), cancers ORL (seuil=20), et cancers du thorax (seuil=30).

Radiothérapie externe et curiethérapie

Le développement des nouveaux appareils d'irradiation, précisé ci-dessous, couplé à l'évolution des techniques et des indications thérapeutiques, la liberté d'exploitation du parc d'accélérateurs pour chaque centre ; les contraintes budgétaires de ces évolutions ; l'importance des mesures qualitatives à mettre en œuvre, sont autant d'éléments qui ne permettent pas d'envisager la création de nouveau centre de radiothérapie dans la région.

Techniques particulières

Il s'agit de techniques qui par une fréquence d'emploi réduite ne peuvent être offertes par tous les centres et établissements de la région. Ces techniques sont anciennes et ne peuvent pas être considérées comme innovantes ou émergentes. L'offre est nécessairement limitée à quelques centres.

Curiethérapie :
La curiethérapie gynécologique à bas débit (césium) actuellement indispensable pour certains cancers du col utérin est pratiquée à l'Institut Paoli Calmettes à Marseille et au centre Clairval à Marseille. Au centre Antoine Lacassagne de Nice et à l'Institut Sainte Catherine à Avignon, ces patientes sont traitées par curiethérapie de haut débit. L'offre répond aux besoins dans des conditions satisfaisantes.

La curiethérapie à haut débit réalisée en ambulatoire pour les cancers de l'œsophage et des bronches est en constante diminution. Pour les cancers de l'endomètre, les curiethérapies du fond de vagin restent une indication fréquente (recommandations professionnelles INCa Nov. 2010). Pour les cancers cutanés, des alternatives thérapeutiques existent (chirurgie, contacthérapie, ou électronthérapie). La curiethérapie à haut débit de dose peut, techniquement, être utilisée dans toutes les indications de curiethérapie interstitielle (sein, prostate, voies aérodigestives supérieures (VADS), gynéco, rectum canal anal, sarcomes, vessie, verge, récidives en territoire irradié) mais l'évaluation dans ces indications reste à poursuivre.
La curiethérapie à bas débit (iridium) dont l'offre tend à diminuer même si elle reste intéressante pour certains cancers des VADS (concurrente avec la modulation d'intensité), du canal anal (concurrente avec la modulation d'intensité)
La curiethérapie prostatique par implants d'iode est pratiquée à l'Institut Paoli Calmettes à Marseille.

Radiothérapie pédiatrique : elle est pratiquée exclusivement au CHU de La Timone et au centre Antoine Lacassagne. Les besoins régionaux sont couverts. La Timone est considérée comme centre expert et reçoit l'ensemble des indications d'irradiation pédiatrique des enfants de moins de 5 ans nécessitant une anesthésie générale et traitées sur Marseille ou Montpellier.

Radiothérapie stéréotaxique intracrânienne des malformations vasculaires cérébrales et lésions intracrâniennes bénignes. Ces techniques relèvent d'une collaboration étroite avec un service de neurochirurgie. Elles nécessitent un cadre de contention invasif. Elles peuvent être faites à l'aide d'un appareil dédié, innovant (Cyberknife à Nice ou Perfexion à l'AP-HM - Timone) ou non innovant (gammaknife à l'AP-HM-Timone) ou d'un accélérateur doté d'équipements complémentaires (Clairval).

Radiothérapie corporelle totale : elle est entièrement prise en charge à l'IPC et au CAL pour les indications adultes. L'ensemble des indications pédiatriques est pris en charge à l'AP-HM (Timone). à L'AP-HM (Timone) assure toutes les irradiations corporelles totales (ICT) pédiatriques avant greffe de cellules souches prélevées sur cordon, qui ont exclusivement lieu pour l'inter région dans le service d'onco-hématologie pédiatrique de la Timone. Cette répartition s'est faite à cause de l'implantation dans les deux établissements d'unités d'isolement spécialisées pour l'une ou l'autre des catégories de patients. Les indications d'ICT du service d'hématologie du CHU de Nice sont prises en charge au CAL.

Radiothérapie per opératoire : l'intérêt de la radiothérapie per opératoire a été relancé par l'essai TARGIT pour l'irradiation du lit tumoral après exérèse d'un cancer du sein. Actuellement disponible au CAL, la radiothérapie per opératoire fait l'objet d'un appel à projet de l'INCa et devrait être développée dans des indications précises.

Radiothérapie de contact 50Kv : la HAS a reconnu le service attendu suffisant de la radiothérapie de contact pour les cancers du rectum T1àT3, cancers de la peau et sarcomes de Kaposi de moins de 2cm. Un appareil Papillon 50 est installé et fonctionne au centre Antoine Lacassagne depuis janvier 2010.

Techniques émergentes

Elles correspondent à des progrès reconnus par la HAS ou d'autres instances, sont inscrites à la nomenclature, et concernent potentiellement un nombre important de patients. Elles doivent pouvoir être proposées à un nombre croissant d'entre eux et diffusées dans la majorité sinon la totalité des centres. Au premier rang d'entre elles la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) avec ou sans arcthérapie dynamique. La tomothérapie est assimilable en partie à une technique de modulation d'intensité. La RCMI devient la technique de référence dans le traitement de radiothérapie des cancers des VADS et de la prostate pour lesquels elle permet d'améliorer le contrôle local en facilitant l'escalade de dose et de diminuer les séquelles de la radiothérapie. Elle est en cours d'évaluation pour les autres cancers notamment pelviens. L'offre de ces techniques doit pouvoir être facilitée sur l'ensemble de la région afin que tous les patients qui en relèvent puissent en bénéficier à court terme.

La RCMI suppose un équipement spécifique combinant un accélérateur récent équipé d'un accélérateur multilames, et d'un logiciel de calcul adapté. Elle bénéficie comme d'autres techniques des progrès de l'IGRT (radiothérapie guidée par l'image). Elle implique un contrôle de qualité spécifique et ne permet pas la dosimétrie in vivo. La tomothérapie est une forme particulière de RCMI utilisant un accélérateur dédié. L'arcthérapie dynamique (rapidarc ou Vmat) est une forme plus élaborée de RCMI développée sur certains accélérateurs de dernière génération.
Dans la région 7 centres utilisent la RCMI en routine (le centre azuréen de cancérologie à Mougins, le CAL à Nice, l'AP-HM (Nord et Timone), le centre de radiothérapie de Clairval à Marseille, l'IPC à Marseille et l'Institut Sainte Catherine à Avignon) . Les 5 autres centres ont le projet de mettre en œuvre cette technique sous un à deux ans.

Techniques innovantes proprement dites

Ce sont des techniques qui correspondent à des progrès récents dont les indications, non stabilisées, sont encore en cours d'évaluation. L'offre de ces techniques n'est pas encore très large et leur diffusion en est temporairement restreinte jusqu'à ce que leurs indications soient mieux connues. Parmi ces techniques se trouve la radiothérapie stéréotaxique extracranienne ou la radiothérapie stéréotaxique intracrânienne sans contention invasive.

La radiothérapie stéréotaxique extra crânienne ou intracrânienne sans contention invasive a eu un développement récent. Elle peut être faite à l'aide d'un accélérateur dédié (Novalis, Tomotherapy, Perfexion avec cadre non invasif) ou à l'aide d'un accélérateur robotisé type Cyberknife ou encore d'un accélérateur polyvalent de dernière génération. Le nombre de séances est très réduit (1 à 7). Les indications sont encore en cours d'évaluation mais certaines petites tumeurs broncho-pulmonaires ou hépatiques pourraient relever de cette technique avec intérêt, de même que les métastases ou les tumeurs malignes cérébrales.
Le développement de ces techniques dans la région est sous tendu aux résultats à venir de leurs évaluations.

Un des services de radiothérapie de la région PACA ne possède qu'un seul accélérateur de particules. L'autorisation pourra être délivrée à l'établissement dans lequel il se trouve, du fait de sa localisation géographique rendant service à la population. Cependant, cette autorisation est accordée de façon dérogatoire afin que l'établissement se mette en conformité dans un délai de 36 mois avec les conditions prévues au dernier alinéa de l'article R 6123-93.

centre de radiothérapie	Stéréo intracrânienne	Stéréo extracranienne
ISC Avignon	Projet 2011	Projet 2011
CHU Marseille Timone	PerfeXion	
CHU Marseille Nord		Tomothérapie
Clairval Marseille	Linac	Linac (poumon,foie)
IPC Marseille	Accès Tomothérapie	Accès Tomothérapie
CHE Nice	Oui	
CAL Nice	Cyberknife	Oui

Protonthérapie

L'activité thérapeutique liée à l'utilisation médicale du cyclotron est une activité soumise à autorisation délivrée au niveau régional.

La protonthérapie permet de délivrer le maximum de dose au niveau du volume tumoral, alors que les tissus sains en amont reçoivent une faible dose, et que les tissus sains en aval sont totalement épargnés, grâce aux caractéristiques du pic de Bragg. Cette technique particulière est indiquée notamment pour des tumeurs avoisinant les structures nobles, comme le nerf optique. Les protons de 65 MeV sont utilisés pour les mélanomes choroïdiens y compris ceux du corps ciliaire, les mélanomes

de l'iris, les mélanomes de la conjonctive, quelques métastases de la choroïde, ainsi que quelques hémangiomes de la choroïde.

La protonthérapie de haute énergie permet en délivrant une intensité de 235 MeV de traiter des cancers plus profonds jusqu'à 30cm de profondeur avec des indications pédiatriques et d'autres indications en cours d'évaluation. Le centre Antoine Lacassagne à Nice, déjà équipé d'un cyclotron de faible énergie, se propose d'acquérir un deuxième cyclotron de haute énergie afin de contribuer à l'étendue de cette offre en complément avec l'appareil installé par le centre d'Orsay en 2010. Ce projet, soutenu par l'INCa devra bénéficier d'une autorisation dans le cadre du schéma actuel, afin de permettre rapidement le début des premiers traitements.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

Les données d'activité ne mettent pas en évidence de besoins insatisfaits dans le domaine de l'utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées. Il n'est pas prévu l'ouverture de nouveaux centres pour la pratique de cette activité.

Chimiothérapie et les autres traitements médicaux spécifiques du cancer

Pour chaque territoire, un nombre de sites suffisant pour la pratique de la chimiothérapie est défini selon les critères retenus dans les textes.

4.14.3.2 Les établissements associés

Les établissements associés doivent être membres du réseau régional de cancérologie réseau OncoPaca-Corse.
Ce sont des établissements qui participent à la prise en charge de proximité des personnes atteintes de cancer dans le cadre d'une convention avec un établissement titulaire de l'autorisation :

- en appliquant les traitements de chimiothérapie prescrits dans un établissement titulaire de l'autorisation ou en réalisant le suivi de tels traitements ;
- en dispensant à ces patients des soins de suite ou des soins palliatifs.

Les conventions et le fonctionnement de ces établissements dans ce cadre seront vérifiés.

4.14.3.3 Les réseaux de proximité polyvalents

La circulaire DHOS/CNAMTS/INCa du 25 septembre 2007 précise qu'au niveau territorial l'organisation en réseau n'est pas nécessairement structurée exclusivement autour du cancer. Les organisations permettant d'assurer des soins coordonnés, continus et de proximité en lien avec le médecin traitant, et ce notamment pour des patients atteints de cancer, devront le faire en relation étroite et avec l'accord du Réseau Régional de Cancérologie OncoPaca-Corse.

4.14.4 Les prises en charge spécifiques

4.14.4.1 La prise en charge des personnes âgées : oncogériatrie

Les premières unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UCOG) avaient pour mission la recherche, l'évaluation, la formation et l'expertise. De nouveaux objectifs sont apparus pour les futures UCOG : une meilleure articulation entre oncologues et gériatres dans la prise en charge des personnes âgées présentant un cancer par la présentation du dossier en RCP, l'accès aux structures gériatriques et la mise en œuvre du recours régional. Le développement de la recherche, la formation et la diffusion des recommandations seront aussi du ressort de ces UCOG.

4.14.4.2 La prise en charge des enfants : oncopédiatrie

L'oncopédiatrie concerne l'enfant et l'adolescent, jusqu'à 18 ans, atteint de tumeur solide ou d'hémopathie maligne. Son organisation s'articule autour des deux centres de cancérologie pédiatrique autorisés, un à Marseille, basé à l'AP-HM, l'autre à Nice, basé au CHU. Aucune prise en charge de patient de moins de 18 ans ne peut être décidée en dehors de ces centres, en dehors des traitements palliatifs par radiothérapie qui peuvent être appliqués à proximité du domicile dans les centres autorisés pour cette pratique après avis de la réunion interrégionale de cancérologie pédiatrique.

La prise en charge se poursuit en dehors de ces deux CHU dans le cadre du réseau Rheop, membre du réseau régional OncoPaca Corse. Les actions développées visent à informer les professionnels de proximité de la maladie et du traitement que l'enfant va recevoir. Ces formations permettent de créer des liens entre soignants et de rassurer les parents sur la prise en charge à domicile.

Les centres de Nice et de Marseille autorisés en oncopédiatrie participent tous deux à l'organisation interrégionale « oncosoleil » en partenariat avec le centre de Montpellier, cette organisation a été approuvée par l'INCa. (Décision INCa du 22 juin 2010 portant identification d'une organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique « oncosoleil »). Cette organisation prévoit :

- La mise en place d'une véritable RCP interrégionale :
- La formalisation de filières de soins
- Le développement d'une activité propre de recherche clinique

4.14.4.3 La prise en charge des cancers rares

Dans la région PACA, une organisation a été mise en place et fonctionne bien pour les sarcomes. Les RCP de l'IPC (Pr Bertucci), celle de l'APHM (Pr Duffaud) et celle du CAL (Pr Thyss), travaillent en synergie, en utilisant les mêmes référentiels, en participant aux groupes coopérateurs de travail (Groupe Sarcome Français GSF-GETO), en participant à des études de recherche et en menant des études en commun, enfin, en permettant l'accès des patients à des techniques thérapeutiques spécifiques comme la technique de perfusion de membre isolé ou la radiothérapie par cyberknife pour certaines localisations.
L'activité de ces 3 RCP va en s'accroissant. Il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de sarcomes connaissent des investigations plus ou moins poussées avant d'être présentés en RCP de recours. Ces traitements appliqués au préalable sont le plus souvent chirurgicaux. Il faut donc rappeler aux chirurgiens et aux radiologues que **« Toute masse de 5 cm ou plus, décelée cliniquement ou radiologiquement doit être initialement biopsiée par le radiologue en concertation avec le chirurgien qui opèrera ».**

Pour les autres tumeurs rares, elles sont prises en charge avec le recours des centres de référence définis par l'INCa et l'aide des réseaux nationaux de référence anatomopathologiques.
L'ARS veillera au bon fonctionnement de ces centres lorsqu'ils sont dans la région et travaillera en concertation avec eux afin de faciliter l'acheminement des lames pour les doubles lectures ainsi que le retour des avis inhérents.

4.14.4.4 Populations à risque

Compte tenu de la fréquence des cancers évitables chez les patients présentant des conduites addictives, notamment une alcoolisation chronique et/ou un tabagisme, il est essentiel de coordonner les dispositifs, structures et réseaux addictologiques et cancérologiques.
Les centres de lutte contre le cancer, les consultations d'annonce du cancer et de façon générale les consultations de cancérologie sont des lieux privilégiés de repérage des conduites addictives et d'orientation pour une prise en charge adaptée.
Il apparaît souhaitable que les équipes de cancérologie bénéficient d'une formation en addictologie.

4.14.4.5 Dépistage des cancers

Il est indispensable que les établissements autorisés pour le traitement du cancer s'impliquent de façon dynamique dans la politique de développement des dépistages organisés des cancers. Pour ce faire, en plus des sensibilisations aux campagnes de dépistage que chaque professionnel peut être amené à inciter, chaque établissement autorisé de la région organisera **une journée d'information grand public** sur son site lors des journées nationales dévolues à ces thèmes (« octobre rose » et « mars bleu ») en relation avec le centre des dépistages de son département.

Ces journées sont destinées à sensibiliser le public admis dans l'établissement, le personnel soignant mais aussi les médecins. Il est souhaitable qu'elles soient organisées au sein de l'établissement.

4.14.5 Evaluation et qualité

4.14.5.1 Les réunions de morbi-mortalité

Les critères d'agrément définis par l'INCa prévoient que pour la pratique de la chirurgie et de la chimiothérapie une démarche qualité soit mise en place dans l'établissement reposant notamment sur la réalisation de réunions de morbi-mortalité. Ces réunions doivent être régulières, pluri professionnelles. Elles doivent être mises en place autour d'évènements sentinelles spécifiques, à définir par les services concernés. Ces réunions peuvent être inter-établissements.
Un registre comportant au minimum les dates de ces réunions et les noms et qualifications des participants sera renseigné par les établissements autorisés.

4.14.5.2 L'auto-évaluation des pratiques

Pour la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie, les critères d'agrément définis par l'INCa prévoient que l'établissement réalise annuellement une auto-évaluation des pratiques dans ces trois domaines, au moyen d'indicateurs qui seront élaborés par l'INCa
Dès la publication de ces indicateurs, cette évaluation devra être mise en place dans les établissements autorisés.

4.14.6 Suivi du SROS tableaux de bord des activités

Un tableau de suivi des indicateurs sera adressé aux établissements pour un suivi semestriel portant sur la composition des équipes et l'activité.

4.14.6.1 Les différentes activités soumises à autorisations

Chirurgie des cancers

Chaque établissement autorisé adressera à l'ARS les données d'activité de chirurgie des cancers issues de sa base PMSI. Ces données d'activité seront établies à l'aide la méthodologie élaborée par l'INCa et publiée dans la circulaire DHOS/INCa101 du 26 mars 2008 (adaptation éventuelle suivant l'évolution de la méthode et/ou de la classification PMSI).

Les données seront adressées le 30 septembre pour celles concernant le premier semestre de l'année en cours et le 31 mars de l'année suivante pour celles relatives au second semestre.

La chimiothérapie et les traitements médicaux spécifiques

Chaque établissement autorisé adressera à l'ARS les données d'activité de chimiothérapie annuelles des cancers issues de sa base PMSI. Ces données d'activité seront établies à l'aide la méthodologie

élaborée par l'Inca et publiée dans la circulaire DHOS/INCa/101 du 26 mars 2008 (adaptation éventuelle suivant l'évolution de la méthode et/ou de la classification PMSI).

Les données saisies dans le tableau (chimiothérapie), seront adressées le 30 septembre pour celles concernant le premier semestre de l'année en cours et le 31 mars de l'année suivante pour celles relatives au second semestre.

La radiothérapie et la curiethérapie

En 2007 l'observatoire national de la radiothérapie a été mis en place par les sociétés savantes concernées (SFRO, SNRO, SFPM) avec le soutien de l'INCa et de l'Autorité de sureté nucléaire (ASN). Cet observatoire recueille chaque année les données d'activité et d'équipement (moyens techniques et humains) des centres de radiothérapie de la France entière.
Les centres de radiothérapie de la région PACA s'engagent à transmettre à l'ARS la copie de leur réponse à l'observatoire national aux fins d'une analyse régionale annuelle.

L'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

Les établissements autorisés à utiliser cette technique dans le traitement de patients atteints de cancer, que ces traitements soient ou non à visée palliative, devront fournir un bilan annuel d'activité recensant le nombre de patients traités, le nombre de cancers pris en charge par localisation.

4.14.6.2 Les structures de coordination

Le réseau régional de cancérologie

Le réseau régional OncoPaca-Corse remet son bilan annuel d'activité à l'ARS. Il transmet, par ailleurs, à l'INCa le tableau de suivi élaboré par cet Institut.

Les centres de coordination en cancérologie (3C).

Les 3C adressent annuellement le suivi de leur activité à l'ARS ainsi qu'au réseau régional de cancérologie et à l'INCa selon le tableau de bord élaboré par cet Institut.

4.14.7 Implantations par territoire

	CHIRURGIE							CHIMIO THERAPIE	radio thérapie	radio éléments	Enfants
	SEIN	DIGESTIF	URO	GYNECO	ORL	THORAX	hors seuil				
BRIANCON	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
GAP	1	1	2	1	1	0	2	1	1**	0	0
MANOSQUE	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
DIGNE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
NICE	4	4	4	4	3	2	8	4	2	2	1
ST LAURENT DU VAR	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
CAGNES SUR MER	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0
ANTIBES-JUAN LES PINS	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0
GRASSE	2	2	0	1	0	0	2	1	0	0	0
CANNES	1	2	2	1	1	0	2	1	0	0	0
MOUGINS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
AIX EN PROVENCE	4	3	3	4	3	2	4	2	1	0	0
SALON	1	1	1	1	0	0	2	1	0	0	0
VITROLLES	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
MARSEILLE	8	10*	7	7	6*	6*	15*	11*	5	2	1
MARTIGUES	1	2	0	0	1	0	2	1	0	0	0
AUBAGNE	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	0
ISTRES	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
MARIGNANE	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
ARLES	1	2	1	0	1	0	2	1	0	0	0
DRAGUIGNAN	2	2	1	1	1	0	2	1	0	0	0
ST TROPEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FREJUS ST RAPHAEL	2	1	1	1	0	0	3	1	0	0	0
BRIGNOLES	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
HYERES	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0
TOULON	4	6*	6*	4	4*	2	7*	3*	1	1	0
AVIGNON	2	2	1	2	2	1	3	2	1	1	0
SORGUE	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
CAVAILLON	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
ORANGE	1	2	1	0	0	0	2	0	0	0	0
CARPENTRAS	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0

* Hôpitaux d'Instruction des Armées
** autorisation dérogatoire

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES (GENETIQUE POST-NATALE)

4.15 Examen des caractéristiques génétiques (génétique post-natale)

4.15.1 Bilan de l'existant

4.15.1.1 Les acteurs du domaine de la génétique post-natale

4.15.1.1.1 Les consultations

Les consultations sont réalisées par des praticiens notamment généticiens (cliniciens et biologistes) dans des centres le plus souvent adossés aux laboratoires. Ils peuvent être secondés par les conseillers en génétique qui exercent sous leur responsabilité.

La prescription des tests de génétique est donc majoritairement réalisée dans l'encadrement coordonné des centres de génétique, des centres de référence et de compétence. Les centres de consultation peuvent avoir été qualifiés centres de compétence ou de référence selon les critères et la labellisation faite par le « plan Maladies rares I ». Certains répondent à la notion de « centres de génétique clinique » s'ils présentent les critères spécifiques édictés au chapitre 3.1 infra.

De façon minoritaire, on constate que les prescripteurs des tests de génétique post-natale peuvent être des médecins libéraux, situés à plus ou moins grande distance du laboratoire, et dans certains cas, le prélèvement peut-être adressé, en sous-traitance, par un laboratoire non autorisé auquel le patient s'adresse. Il importe de rester vigilant sur la nécessité d'orienter alors ces patients vers un encadrement adapté pour bénéficier d'un conseil génétique.

4.15.1.1.2 Les laboratoires de biologie

Les analyses de génétique post-natale sont réalisées dans des laboratoires d'analyses publics ou privés autorisés par l'Agence régionale de santé pour une durée de 5 ans renouvelable. Les activités et les rendus de résultats sont placés sous la responsabilité de praticiens agréés par l'Agence de la Biomédecine pour 5 ans.

Les analyses portent sur les domaines suivants :

- la cytogénétique y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- la génétique moléculaire (analyse de gènes et recherche de mutations responsables de maladies héréditaires, mais aussi analyses HLA -hors greffe et don du sang ou groupage sanguin, pharmacogénétique et oncogénétique constitutionnelle qui est la recherche de prédispositions génétiques à l'origine de certains cancers héréditaires)

4.15.1.2 Les implantations actuelles

4.15.1.2.1 Les consultations de génétique

L'offre de consultations de la région est de deux types : d'une part des consultations relatives au cancer dites consultations d'oncogénétique et d'autre part des consultations en relation avec les autres pathologies (non malignes), ces consultations pouvant avoir une orientation générale ou plus spécifique, voire en relation avec un centre de référence maladies rares.

Ces consultations sont réalisées par les médecins spécialisés en génétique qui sont soit purement cliniciens, soit travaillent de façon conjointe dans un laboratoire de génétique. Les généticiens à orientation principalement clinique (hormis les onco-généticiens) sont au total au nombre de 6 dans la région (3 à Marseille, 2 à Nice et 1 à Toulon).
Ainsi, les textes prévoient que certaines consultations peuvent dorénavant être réalisées par des conseillers en génétique, sous la responsabilité du médecin. Mais cette possibilité reste encore sous exploitée puisque le nombre de conseillers en génétique est encore faible dans les centres qui effectuent ces consultations. En effet seuls 6,5 ETP de conseillers en génétique sont actuellement en poste pour des consultations de génétique y compris les consultations d'oncogénétique.

On dénombre 3 centres de génétique clinique en PACA :

- 1 centre à l'hôpital de LA TIMONE de l'APHM
- 1 centre à l'hôpital l'ARCHET II du CHU de NICE
- 1 centre à l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille.

ONCOGENETIQUE		
Consultations sur place	Consultations avancées	Nombre moyen de consultations par an
Institut Paoli Calmettes Centre de génétique clinique	Hôpital Ambroise Paré CH de Gap, Aix en Provence, Draguignan (Ajaccio et Bastia)	1650
AP-HM	Hôpital St Joseph	500
Centre Antoine Lacassagne		500
Institut Sainte Catherine		400
Centre Hospitalier de Toulon		300

GENETIQUE HORS CANCER		
Consultations sur place	Consultations avancées	Nombre moyen de consultations par an
AP-HM TIMONE Centre de génétique clinique - Génétique générale - Maladies neurologiques et surdité - Centre de référence anomalies de développement - Centre d'exploration des maladies hémorragiques et thrombotiques	Centres Hospitaliers d'Avignon et de Martigues (Ajaccio et Bastia)	1300 300 850 1350
CHU de Nice - Centre de génétique clinique - Génétique générale - Maladies neurologiques	CAMSP de Cannes Service de pédiatrie du CH de Grasse	1100
CH de Toulon Génétique générale		800

4.15.1.2.2 L'activité des laboratoires comparée aux données nationales 2009 de l'Agence de la Biomédecine

En 2009, la région PACA comptait 19 autorisations réparties entre 16 laboratoires et représentait moins de 7 % de la totalité des laboratoires de France. L'offre est considérée comme suffisante.

4.15.1.2.3 Les laboratoires de génétique en 2011

En 2011, l'offre en région PACA est de 21 autorisations réparties sur 18 sites autorisés en génétique post-natale.
Un même laboratoire pouvant être autorisé pour exercer plusieurs activités (la cytogénétique et la génétique moléculaire par exemple), la répartition des « implantations » correspondra aux « autorisations d'activité » réparties sur les territoires et non pas à l'implantation stricte des laboratoires.

Cytogénétique : 6 autorisations

- 2 laboratoires (1 à Nice ; 1 à Marseille) pouvant exécuter des analyses de niveau 275 dans le domaine des maladies rares, équipés des plateformes de CGH Array adossés aux 2 centres de génétiques cliniques des CHU.

- 3 laboratoires (2 à Marseille, 1 à Toulon) pouvant exécuter des analyses de niveau 1.

- 1 laboratoire à Marseille ayant une autorisation limitée au diagnostic de la maladie de Fanconi – analyse de niveau 2.

Génétique moléculaire : 15 autorisations

4 autorisations en génétique moléculaire non limitée

- 3 laboratoires qui peuvent exécuter des analyses complexes de niveau 2 :[76]
    - 2 laboratoires à Marseille qui ont une activité de diagnostic dans le domaine des maladies rares. L'un est le laboratoire du centre de génétique, et a développé une expertise clinico-biologique notamment dans le diagnostic des pathologies héréditaires neuro-musculaires, des retards mentaux, des hémoglobinopathies. L'autre laboratoire a développé notamment une orientation pour les dépistages des maladies génétiques liés à des déficits biochimiques, de la maladie d'Alzheimer, de l'hémochromatose (niveau 2) et de la pharmacogénétique (niveau 2).
    - 1 laboratoire à Nice qui explore notamment le secteur des maladies mitochondriales, et est adossé au centre de génétique clinique,
- 1 laboratoire à l'IPC (suivi des mosaïques/ou chimères après greffes et, s'orientant vers la pharmacogénétique appliquée aux traitements des cancers) pourra exécuter des analyses de niveau 2

11 autorisations en génétique moléculaire limitée

- A l'étude des facteurs impliqués dans l'hémostase (facteur II et facteur V)
- 3 laboratoires autorisés :
    - 2 laboratoires (1 à Nice et 1 à Toulon) peuvent exécuter des analyses de niveau 1
    - 1 laboratoire à Marseille peut effectuer des analyses de niveau 2

- Au dépistage de l'hémochromatose
- 2 laboratoires autorisés
    - 1 laboratoire à Marseille peut exécuter des analyses de niveau 1
    - 1 laboratoire à Nice peut exécuter des analyses de niveau 1

[76] *Les laboratoires qui réalisent les analyses de niveau 2 sont également équipés pour réaliser les analyses de niveau 1*

A noter : 1 laboratoire autorisé à Marseille (comptabilisé dans le domaine de la génétique moléculaire non limitée) est centre d'expertise pour l'exécution de ces analyses de niveau 2

- Au dépistage des maladies de l'hémoglobine (dont alpha-thalassémie)
  - 1 laboratoire autorisé à Nice peut exécuter des analyses de niveau 1

A noter : 1 laboratoire autorisé à Marseille (comptabilisé dans le domaine de la génétique moléculaire non limitée) est centre d'expertise pour l'exécution de ces analyses de niveau 2

- Dans le domaine de l'oncogénétique
  - 1 laboratoire autorisé à l'IPC, labellisé par l'INCa, exécute des analyses de niveau 2, adossé au centre de génétique clinique oncologie de l'IPC.

A noter : 1 laboratoire autorisé en secteur public à Marseille (comptabilisé dans le domaine de la génétique moléculaire non limitée), labellisé par l'INCa est centre d'expertise pour l'exécution de ces analyses de niveau 2 en complémentarité du laboratoire du CLCC.

- Dans le domaine de la pharmacogénétique

  En lien avec l'oncologie
  - 1 laboratoire, labellisé INCa, autorisé au CAL pour la pharmacogénétique en cancérologie pouvant exécuter des analyses de niveau 1

A noter :
- le laboratoire autorisé (en génétique moléculaire non limitée) à Marseille, labélisé INCa, peut exécuter des analyses de niveau 2.
- 1 laboratoire autorisé en génétique moléculaire non limitée au CLCC de Marseille prévoit de développer cette activité en fonction des innovations thérapeutiques en cours et pourra exercer des analyses de niveau 1 et niveau 2.

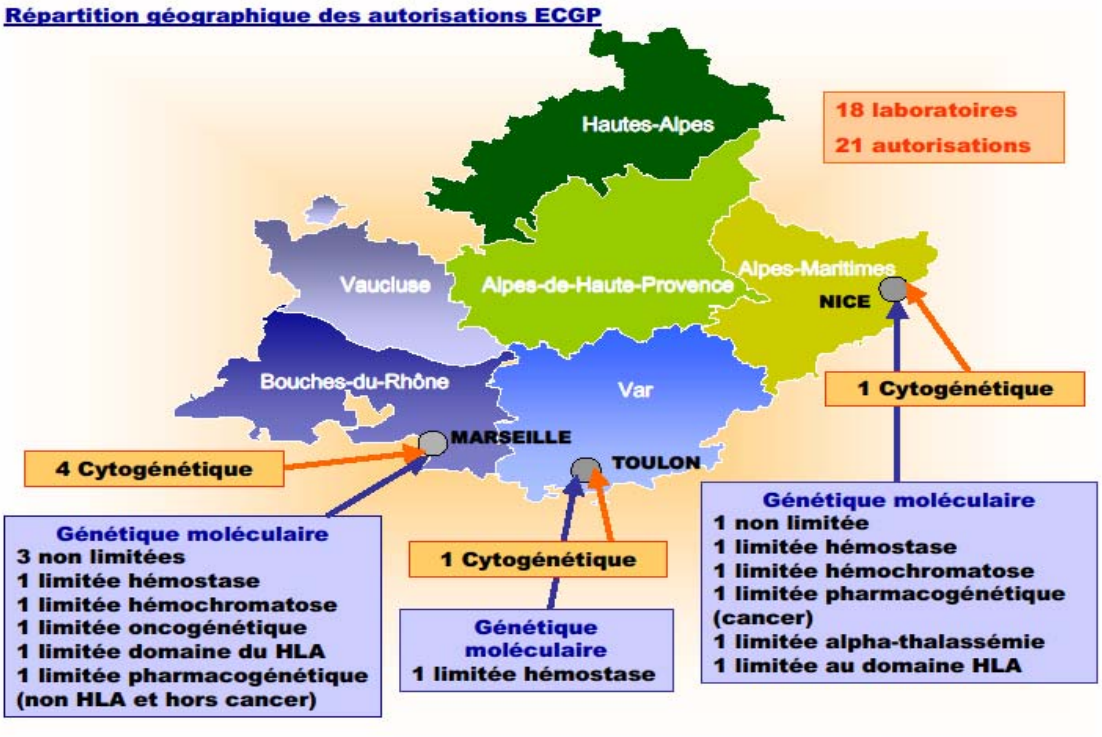
En lien avec les autres traitements (notamment antirétroviraux, maladie auto-immunes)
- 2 laboratoires (1 à Nice et 1 à l'EFS (Etablissement français du sang) à Marseille, pouvant exécuter des analyses de niveau 2
- 1 extension d'autorisation d'un laboratoire autorisé en génétique moléculaire (précédemment limitée à l'hémostase) à Marseille, pouvant exécuter des analyses de niveau 2

A noter le laboratoire autorisé (en génétique moléculaire non limitée) en secteur public à Marseille pouvant exécuter des analyses de niveau 2

La répartition des autorisations par typologie d'établissement de santé est la suivante :

81% autorisations en établissement ETS, ESPIC, CLCC	**19% autorisations en établissement privé (LBM, EFS)**
23,8 % cytogénétique et cytogénétique moléculaire moléculaire	4,8 % cytogénétique et cytogénétique
57,1 % génétique moléculaire	14,3 % génétique moléculaire

La répartition géographique des autorisations en PACA est la suivante :



Les laboratoires de biologie médicale privés qui réalisent les analyses de cytogénétique et de génétique moléculaire limitées à l'hémochromatose, aux analyses de génétique constitutionnelle du domaine du HLA (l'EFS) sont implantés dans l'agglomération de Marseille.
Les autres laboratoires sont implantés dans les grands centres hospitaliers dont l'APHM de Marseille, le centre hospitalier de Toulon et le CHU de Nice.

Les analyses de génétique post-natale sont complexes, bien souvent très spécialisées ce qui explique que les départements du Vaucluse, des Hautes Alpes et des Alpes de Haute-Provence soient dépourvus d'implantations. Il convient de noter que les échantillons d'analyse peuvent facilement être acheminés vers les laboratoires détenteurs des autorisations.

Depuis 2001, on peut remarquer que l'évolution du nombre d'implantations est très stable.

En cytogénétique, on constate le maintien du nombre d'implantations assorti dans le même temps d'une spécialisation des pratiques pour les 2 implantations de référence maladies rares des 2 CHU de la région (en lien avec l'acquisition de nouveaux équipements innovants la CGH Array et le séquenceur haut débit financés au niveau national).

En génétique moléculaire, on peut noter une augmentation peu importante, en 2011, du nombre d'autorisations dans le domaine de la pharmacogénétique : 3 nouvelles demandes d'autorisations (dont 2 nouveaux laboratoires en cours d'instruction pour régularisation d'activité » dans un domaine hautement spécialisé).
Dans l'ensemble, en PACA, les laboratoires de génétique moléculaire sont bien regroupés/ou spécialisés.

4.15.2 Objectifs

4.15.2.1 Objectifs généraux du SROS

Les orientations nationales du SROS sont :

4.15.2.1.1 Améliorer l'accès aux soins

Organiser, au sein de filières structurées, les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes (et de leur famille) concernées par des problématiques de génétique constitutionnelle post-natale qui relèvent, le plus souvent, de maladies rares, par :

- l'identification de « centres de génétique clinique» à vocation régionale ou interrégionale, couvrant un bassin de population de 2 à 6 millions d'habitants. Regroupant l'ensemble des compétences, ces centres, au besoin multi sites, assurant un maillage territorial, sont articulés avec les laboratoires de génétique et des unités de recherche. Cette organisation vise à renforcer l'expertise, à mutualiser les compétences et à limiter les prescriptions d'analyse non pertinentes.
  Le centre de génétique doit pouvoir assurer :
  - une continuité de la prise en charge avec un panel complet de compétences de génétique, se déclinant en deux niveaux de consultations (généraliste et spécialisée : oncogénétique, cardiogénétique, neurogénétique...) ; les centres de référence et les centres de compétences « maladies rares » d'origine génétique, reconnus et localisés dans la région ou l'inter-région relèvent du niveau de consultation spécialisée du centre de génétique,
  - une offre de soins large et lisible pour les professionnels de santé adresseurs et les usagers,
  - la présence au minimum de deux ETP généticiens pour assurer la continuité des soins,
  - une optimisation de l'accès aux soins prenant en compte à la fois la distance et le temps d'accès,
  - une prise en charge globale incluant les aspects médico-sociaux, c'est-à-dire regroupant médecins généticiens, conseillers en génétique, psychologues et travailleurs sociaux,
  - des liens organisés avec les consultations dites « avancées » (convention inter établissements entre le centre et le site de la consultation avancée),
  - une activité de recherche, en lien avec les unités de recherche.

- Le renforcement des consultations de génétique (généticiens et conseillers en génétique avec, au besoin, des consultations avancées), articulées avec les centres de référence et de compétences de maladies rares, pour consolider l'expertise (juste prescription, encadrement de celle-ci et qualité du rendu des résultats) ;

- le développement des centres de prélèvement couplé à une organisation mutualisée du ramassage et du transport de prélèvements, permettant une offre de proximité pour les phases pré-analytique et post-analytique des examens ne nécessitant pas de proximité mais une expertise à renforcer en développant notamment, la coopération entre les laboratoires ;

- la lisibilité de l'offre diagnostique disponible, pour les professionnels de santé et les usagers et l'identification des centres d'expertise.

4.15.2.1.2 Améliorer l'efficience et la qualité

Promouvoir une répartition optimale des laboratoires et des consultations pour éviter les doublons, favoriser la complémentarité dans leurs activités et la continuité de la prise en charge des patients dans le cadre des réseaux et mettre en place une gradation de l'offre comprenant :

- Les analyses de cytogénétique ; elles ont, actuellement, une couverture homogène et adaptée aux besoins de proximité. Toutefois, le nombre de caryotypes et de FISH (Fluorescent In Situ Hydridization) devrait diminuer dans les années à venir de 15 pour cent avec le développement de l'usage de première intention de l'analyse chromosomique sur puce à ADN (APCA) dans certaines indications ;

- Les analyses de génétique moléculaire comportent deux niveaux de complexité :
    - d'une part, les analyses de niveau 1, analyses d'exécution courante, souvent inscrites à la nomenclature ;
    - d'autre part, les analyses de niveau 2, analyses d'exécution en laboratoire hyperspécialisé d'un niveau d'expertise reconnu. Le recours peut alors être, selon la rareté des pathologies en cause et la complexité du diagnostic et de la prise en charge : régional, interrégional, voire national ou international. Cette offre est à intégrer dans le maillage de la prise en charge des maladies rares (filières de centres de référence de maladies rares et plates-formes de référence de laboratoires) ;

- Les analyses chromosomiques par puce à ADN, peuvent être réalisées soit par des laboratoires de cytogénétique, soit par des laboratoires de biologie moléculaire. Elles sont appelées à tripler dans les prochaines années, avec, en corollaire, la baisse d'indication des caryotypes, compte tenu des nouvelles recommandations internationales dans le diagnostic des syndromes malformatifs et troubles du développement. Toutefois, cette activité nécessite une expertise clinique et biologique importante, compte tenu de la complexité de son interprétation. Son développement se justifie à l'échelon interrégional ou régional, dans le cadre d'un réseau national, adossé aux centres de génétique clinique et aux CHU, en lien étroit avec les laboratoires de cytogénétique ou de biologie moléculaire existants ;

Veiller à l'articulation entre ces 3 types d'activité (organisation favorisant la coopération des laboratoires dans le cadre d'un parcours diagnostique adapté et en évitant les redondances).

Réorganiser les structures existantes, afin de favoriser le regroupement de l'activité d'analyse et post-analyse, l'objectif étant de parvenir à un nombre restreint de plateaux techniques de taille critique suffisante pour permettre l'automatisation des techniques, l'amélioration de la qualité du service rendu et le recours à l'innovation.

Veiller à l'inscription des laboratoires dans les démarches d'accréditation.

4.15.2.2 Objectifs régionaux du SROS

4.15.2.2.1 En clinique

Améliorer la lisibilité de l'offre sur la région auprès des partenaires libéraux
S'assurer de la qualité des réunions pluridisciplinaires
Conforter les consultations avancées existantes, voire en développer de nouvelles.
Développer l'emploi des conseillers en génétique

4.15.2.2.2 En biologie

Des recommandations de travail peuvent être émises pour optimiser les fonctionnements des sites et les coopérations :

- veiller à une mutualisation de l'utilisation des plateformes de CGH Array et des séquenceurs haut débit dont les recommandations des professionnels vont édicter très prochainement le périmètre des indications ;
- développer les coopérations entre établissements et/ou structures autorisées pour le ramassage des échantillons biologiques ;
- s'assurer de l'existence et de la pertinence du lien clinico-biologique entre prescripteurs, consultations et laboratoires autorisés ;
- assurer d'une bonne articulation entre centres de référence, centres de compétence et laboratoires ;
- améliorer la lisibilité de l'offre de biologie sur la région auprès des partenaires libéraux ;
- développer l'informatisation du circuit de l'échantillon ;
- favoriser la participation des laboratoires aux contrôles externes de la qualité ;
- accompagner les laboratoires dans la modernisation des équipements et la mise en œuvre de techniques diagnostiques innovantes (dont la GCH Array et le séquençage à haut débit) ;
- s'assurer de l'entrée des laboratoires dans la démarche d'accréditation ;
- assurer la continuité de service dans les laboratoires.

4.15.3 Modalités de suivi

Modalités de suivi pour tous les sites d'implantation

Les modalités de suivi des objectifs nationaux et régionaux se feront au moyen des critères suivants :

- la présence au niveau régional des centres de génétique clinique répondant à leurs missions ;
- l'existence et la pertinence du lien clinico-biologique entre prescripteurs, consultations et laboratoires autorisés ;
- l'appartenance » du laboratoire à un centre de compétence ou de référence ;
- l'entrée des laboratoires dans la démarche d'accréditation ;
- la participation des laboratoires à des contrôles de qualité externe ;
- la bonne application des cotations et recommandations de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale lorsque les analyses font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ;
- l'évolution des volumes d'activité des lettres « B » pour les analyses hors nomenclature ;
- l'évolution des volumes d'activité clinique au regard du Rapport Annuel d'Activité ;
- l'emploi de conseillers en génétique dans les laboratoires et les centres de consultations ;
- la mise en évidence des flux d'examens par le suivi des communes (ou département) d'origine des patients pris en charge en interne et/ou le suivi des communes (ou département) d'origine des prescripteurs d'examens ;
- mise en place de coopérations entre établissements et/ou structures autorisés pour les ramassages des échantillons biologiques.

4.15.4 Implantations

Les besoins concernant les implantations en génétique post-natale sont couverts pendant la durée du SROS.

Territoire des Hautes Alpes

Pas d'implantation	Aucune implantation à créer

Territoire des Alpes de Haute Provence

Pas d'implantation	Aucune implantation à créer

Territoire des Alpes Maritimes

5 laboratoires autorisés 7 implantations : ***1 implantation en cytogénétique et cytogénétique moléculaire adossée au centre de génétique clinique (*) ***1 implantation en génétique moléculaire adossée au centre de génétique clinique (*) *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée au diagnostic des facteurs de l'hémostase *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à l'hémochromatose *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à la pharmacogénétique (domaine du cancer) *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée aux maladies de l'hémoglobine *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée aux analyses du HLA	Aucune implantation à créer
1 centre de génétique clinique	Aucune autre structure à créer

Dynamiser l'activité en matière de réalisation des examens en génétique moléculaire (optimiser l'utilisation de la plateforme CGH Array).

Territoire des Bouches-du-Rhône

11 laboratoires autorisés 12 implantations : ***3 implantations en cytogénétique et cytogénétique moléculaire dont une adossée au centre de génétique clinique ***1 implantation en cytogénétique limitée à la maladie de FANCONI *** 3 implantations en génétique moléculaire dont deux adossées chacune à un centre de génétique clinique (*) *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée au diagnostic des facteurs de l'hémostase *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à la pharmacogénétique *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à l'hémochromatose *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée à l'oncogénétique *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée aux analyses du HLA	Aucune implantation à créer
1 centre de génétique clinique domaine des maladies rares 1 centre de génétique clinique domaine de l'oncogénétique	Aucune implantation à créer

Territoire du Var

2 laboratoires autorisés 2 implantations : *** 1 implantation en cytogénétique *** 1 implantation en génétique moléculaire limitée au diagnostic des facteurs de l'hémostase	Aucune implantation à créer

Territoire du Vaucluse

Pas d'implantation	Aucune implantation à créer

IMAGERIE MEDICALE
IMAGERIE EN COUPE

4.16 Imagerie médicale imagerie en coupe

4.16.1 Introduction

L'imagerie en coupe (scanner et IRM) occupe une place de premier plan dans le diagnostic et la surveillance des maladies. Elle est également devenue un élément incontournable des techniques thérapeutiques. Ce volet du SROS PRS poursuit la nécessaire démarche d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des inégalités d'accès aux soins, d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans un souci d'efficience et de performance.

4.16.2 Données techniques

4.16.2.1 IRM

4.16.2.1.1 IRM très haut champ

IRM 3 Tesla[77] (T) pour des applications avancées en cancérologie, en imagerie vasculaire et cardiaque, neurologique, fonctionnelle, ainsi qu'interventionnelle.

4.16.2.1.2 IRM haut champ

L'IRM polyvalente 1,5 T reste la référence. La recherche d'optimisation incite à diversifier le parc d'IRM en libérant les machines polyvalentes de l'activité ostéo-articulaire (hors cancérologie). Au total 30 à 50% des examens pourraient être réorientés vers des IRM dédiées à l'ostéo-articulaire, permettant de fluidifier l'accès aux IRM polyvalentes pour un coût plus faible en termes d'acquisition.

4.16.2.1.3 IRM champ modéré < 1 T

Du fait d'un rapport signal sur bruit plus faible, la qualité d'image est moindre par rapport aux IRM à haut champ

4.16.2.2 Scanners

La préoccupation des radiologues et des industriels reste centrée sur la gestion de la dose de rayonnements reçue par les patients et les personnels. L'Autorité de Sureté Nucléaire souligne en effet sa préoccupation devant l'augmentation des doses de rayonnements ionisants délivrées aux patients et aux professionnels en imagerie médicale et notamment en scanner et plaide donc pour une augmentation du parc des IRM

Certains types d'examens (scanner cardiaque, coloscanner) se développent. Ils doivent répondre aux recommandations de bonne pratique de la HAS et de la société française de radiologie (S.F.R.).

[77] Tesla (T) : unité de mesure du champ magnétique

4.16.3 Bilan de l'existant de l'imagerie en coupe en région PACA

4.16.3.1 Scanner

Au terme du SROS III, 81 scanners sont autorisés sur 72 sites répartis sur les 6 territoires de PACA.

Nombre de scanners par territoire 78

Territoire	autorisations possibles (SROS 3)	Autorisations accordées	Appareils installés
ALPES DE HAUTE PROVENCE	3	3	2
HAUTES ALPES	3	3	2
ALPES MARITIMES	16	16	16
BOUCHES DU RHONE (*)	32	32	31
VAR (*)	17	17	17
VAUCLUSE	11	10	9
TOTAL PACA	82	81	77

(*) dont Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Laveran à Marseille et HIA Ste Anne à Toulon

Répartition des équipements autorisés par territoire et pour 1 million d'habitants

TERRITOIRE	Nombre	population	Nbre/million d'hab.
ALPES DE HAUTE PROVENCE	3	162 320	18,48
HAUTES ALPES	3	139 237	21,55
ALPES MARITIMES	16	1 104 657	14,48
BOUCHES DU RHONE	32	1 968 189	16,26
VAR	17	1 029 211	16,52
VAUCLUSE	10	554 524	18,03
TOTAL PACA	**81**	**4 958 138**	16,34

En 2009, le taux moyen de scanners par million d'habitants est de :

- 17,3 en Ile de France,
- 15,9 en Nord Pas de Calais,
- 14,8 en Rhône Alpes,
- 15,3 sur le territoire national.

4.16.3.2 IRM

49 IRM sont autorisées sur 45 sites.

Nombre d'IRM par territoire au 1er juin 2011

Territoire	autorisations possibles (SROS 3)	autorisations accordées	appareils installés
ALPES DE HAUTE PROVENCE	1	1	1
HAUTES ALPES	1	1	1
ALPES MARITIMES	11	11	9
BOUCHES DU RHONE (*)	23	23	19
VAR (*)	9	9	9
VAUCLUSE	4	4	4
TOTAL PACA	49	49	43

(*) dont HIA Laveran à Marseille et HIA Ste Anne à Toulon

[78] N.B. du fait de la nouvelle répartition territorial, le scanner autorisé du CHICAS sur le site de Sisteron a été rattaché au territoire des Alpes de Haute Provence. Le scanner d'Arles est réintégré dans les Bouches du Rhône et le scanner autorisé sur le site de Pertuis dans le Vaucluse

Répartition des équipements autorisés par territoire et pour 1 million d'habitants

TERRITOIRE	Nombre	population	Nbre/million d'hab.
ALPES DE HAUTE PROVENCE	1	162 320	6,16
HAUTES ALPES	1	139 237	7,18
ALPES MARITIMES	11	1 104 657	9,96
BOUCHES DU RHONE	23	1 968 189	11,69
VAR	9	1 029 211	8,74
VAUCLUSE	4	554 524	7,21
TOTAL PACA	**49**	**4 958 138**	**9,88**

Ainsi au terme des autorisations prévues par le SROS 3, la région PACA comptera 9.88 IRM autorisées par million d'habitants.

A titre de comparaison le taux moyen d'IRM (installées) par million d'habitants est de :

- 12.42 en Nord Pas de Calais
- 11,87 en Ile de France.
- 10.14 en Rhône Alpes
- 8.99 en Aquitaine
- 6.57 en Bretagne

4.16.4 Démographie des radiologues

La démographie médicale des radiologues (radio- diagnostic) est la suivante au 1er janvier 2011 (source : répertoire ADELI – médecins installés)

DEPARTEMENT	Libéral	Mixte	Salarié exclusif	TOTAL	Densité / 10 000 h.
Alpes de Haute Provence	4	6	5	15	**0.92**
Hautes Alpes	5	3	5	13	**0.93**
Alpes Maritimes	128	28	54	210	**1.90**
Bouches du Rhône	208	56	86	350	**1.78**
Var	106	10	23	139	**1.35**
Vaucluse	46	11	10	67	**1.21**
Région	497	114	183	794	**1.60**

Pour mémoire, données 2008 : 795 radiologues dont 189 salariés exclusifs (source STATISS)

La région est bien dotée en radiologues, mais il existe des inégalités de répartition entre les zones littorales et l'arrière pays. Il existe également une inégalité de répartition entre le secteur public et privé : les radiologues hospitaliers exclusifs représentant moins du quart des radiologues de PACA (40% ont plus de 50 ans). Ce pourcentage risque d'évoluer encore à la baisse dans les années à venir rendant le fonctionnement de la radiologie hospitalière de plus en plus difficile.
La profession est peu féminisée : 28% de femmes exerçant à 66 % en secteur libéral.
Près de 58% des radiologues ont plus de 50 ans.

4.16.5 Les orientations générales

4.16.5.1 Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins

4.16.5.1.1 Amélioration de l'accès à l'IRM

Les indications de l'Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire sont en augmentation constante, en complément ou en substitution d'autres modalités.
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. Dans tous les cas, un appareil d'IRM ne peut être implanté que sur un site disposant au minimum d'un scanner.

4.16.5.1.2 Plans de Santé publique

- Cancérologie : améliorer la réponse aux besoins en cancérologie

Concernant l'imagerie, le plan cancer 2009-2013 vise à faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers Le plan envisage une augmentation du parc d'IRM à 12 machines/million d'habitants d'ici 2013 ce qui représente 60 machines en PACA.

Une récente enquête de l'INCa montre qu'en PACA, les délais d'attente sont comparables quel que soit le type de cancer étudié dans cette enquête (sein, prostate utérus) et que 62% des rendez-vous sont donnés à plus d'un mois.

<u>Objectifs stratégiques</u>

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,
- à une amélioration des délais d'attente pour les patients ambulatoires.

Dans tous les territoires, les organisations retenues doivent permettent de disposer de larges plages dédiées à la cancérologie.

La participation active des radiologues aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP[79]) est indispensable.

Dans le cas particulier de la prise en charge des sarcomes, la concertation chirurgien-radiologue est importante (le SROS cancérologie indique qu'une masse de 5 cm. ou plus décelée sur un examen d'imagerie doit être biopsiée par le radiologue en concertation avec le chirurgien. Le compte rendu d'un examen d'imagerie décelant une masse de 5 cm. ou plus ne peut écarter l'éventualité d'un sarcome).

<u>Critères d'implantations</u>

Pour les établissements ayant une forte activité en cancérologie, les critères d'implantation des équipements d'IRM sont :

- de disposer d'au moins trois autorisations en chirurgie du cancer soumises à seuil (l'autorisation de chimiothérapie seule est insuffisante)
- de disposer d'un scanner imagerie
- de garantir l'accès au dépistage

---

[79] *R.C.P. : séances de travail au cours desquelles les médecins de différentes spécialités discutent et échangent sur un dossier précis et proposent pour chaque patient une stratégie de traitement, répondant à des critères précis.*

- de garantir l'accessibilité financière de tous les patients (patients pouvant être pris en charge sans dépassement d'honoraires. La quasi-totalité des radiologues libéraux de PACA exercent en secteur 1)

L'activité de cancérologie requiert le développement d'un système d'information en imagerie médicale performant.

- Accident Vasculaire Cérébral

L'imagerie est incontournable dans toute la filière de soins de l'AVC.
Urgence : une prise en charge rapide, pluri disciplinaire, coordonnée est nécessaire afin de réduire la mortalité et les séquelles. L'IRM doit être réalisée et interprétée le plus précocement possible.

La prise en charge de ces urgences dans les unités neuro vasculaires nécessite une accessibilité 24H/24 et 7 jours sur 7 à l'imagerie (IRM en première intention) pour réaliser la thrombolyse.

Afin d'optimiser le diagnostic et la prise en charge, le télé diagnostic et la télé expertise doivent être développés en relation avec l'UNV (cf. chapitre télé radiologie)

- Alzheimer

L'IRM a une place de plus en plus prépondérante dans le diagnostic précoce et le diagnostic étiologique de la maladie d'Alzheimer.

Le développement de la recherche clinique dans ce domaine nécessite l'implantation d'IRM 3T pour assurer un réseau de développement d'essais cliniques performants, dans les CHU en collaboration avec les Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR).

4.16.5.1.3 Etablissements disposant d'une unité de réanimation

Les établissements disposant d'une unité de réanimation autorisée doivent pouvoir disposer de préférence sur place, ou à défaut par convention, d'un accès à l'I.R.M.

4.16.5.1.4 Diversification du parc des IRM

L'acquisition d'une IRM, quelle que soit sa spécificité relève d'une demande d'autorisation dont l'implantation doit être prévue dans le volet du SROS.

- IRM adaptées à visée ostéoarticulaire

La réalisation d'une partie des actes d'IRM sur des appareils spécifiques permet de réaliser des examens plus efficients dans le domaine ostéo articulaire (en dehors de la pathologie cancéreuse).

<u>Critères d'implantations</u>
Les IRM adaptées à visée ostéoarticulaire doivent être adossées à une IRM polyvalente.
(Délais de rendez-vous importants).

La même équipe de médecins radiologues sera amenée à utiliser les 2 équipements afin de pouvoir proposer l'examen le plus pertinent.

L'équipement doit permettre une qualité d'image équivalente à celle de l'IRM polyvalente.

- IRM adaptées à la prise en charge de certaines populations

L'installation d'IRM adaptées permettant la prise en charge de certaines populations (obèses, claustrophobes, personnes présentant un handicap) doit être privilégiée.

Cette diversification peut intervenir lors de nouvelles autorisations (prise en charge significative de patients souffrant d'obésité) ou lors du renouvellement d'appareil IRM.

Les critères d'implantation sont les mêmes que ceux des IRM adaptées à visée ostéoarticulaire.

4.16.5.2 Amélioration de l'accès au scanner

Le SROS 3 a permis de nouvelles implantations pour permettre en particulier de répondre aux besoins dans les établissements :

- ayant une activité importante d'accueil et de traitement des urgences, justifiant d'un scanner supplémentaire, dédié aux urgences (plus de 40 000 passages par an)
- et /ou assurant une prise en charge médicochirurgicale diversifiée et réalisant une activité significative.

Les critères retenus sont les suivants :

- dans les établissements de proximité : un scanner ne peut être autorisé, en plus de la radiologie conventionnelle et de l'échographie générale, que dans les établissements réalisant une activité de court séjour ou plus de 15 000 passages par an aux urgences.
- dans les établissements de recours : Ces établissements disposent, en plus de la radiologie conventionnelle et de l'échographie générale, d'un plateau technique regroupant la plupart des équipements et techniques d'imagerie médicale, dont un scanner.
- pour l'accueil et le traitement des urgences, un scanner dédié est recommandé à partir de 40.000 passages aux urgences.
- dans les sites (ou les établissements) autorisés au traitement du cancer un scanner est recommandé. Les établissements sièges d'un centre de radiothérapie, utilisant un scanner à visée dosimétrique, peuvent utiliser ce dernier à des fins diagnostiques, sous réserve de déposer une demande d'autorisation qui doit être compatible avec les objectifs quantifiés du SROS. Dans ce cas, l'accès aux radiothérapeutes demeure prioritaire.

4.16.5.3 Amélioration de l'accès à la radiologie interventionnelle (R.I)

Une majorité d'actes interventionnels à visée diagnostique et thérapeutique se fait désormais grâce au guidage notamment par scanner. Il permet d'apporter une plus grande sécurité au geste interventionnel. Les nouvelles autorisations de scanners à envisager pour les établissements pratiquant un grand nombre d'actes interventionnels scanno-guidés doivent répondre aux recommandations du chapitre suivant afin d'être pratiqués dans un environnement adéquat.

« L'imagerie interventionnelle ou radiologie interventionnelle (R.I) comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie, réalisés sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (Rx, ultrasons, scanner, IRM) ».

L'IRSN[80] précise que « compte tenu de ces spécificités, la radiologie interventionnelle est considérée comme une des « pratiques spéciales » pour lesquelles il est demandé que les équipements, les procédures, les programmes d'assurance de qualité et la formation des opérateurs soient particulièrement appropriés (article 9 de la directive européenne Euratom 97/43).

La fédération de radiologie interventionnelle (FRI) propose un classement des actes de radiologie interventionnelle selon un niveau croissant de complexité et selon l'environnement nécessaire. Trois

[80] IRSN : institut de radioprotection et de sécurité nucléaire

niveaux d'actes sont définis. La réalisation des actes de niveau 1 et 2 doit répondre aux recommandations de bonne pratique.

Les actes de haut niveau de complexité (niveau 3) sont réalisés dans les centres assurant la PDSES, nécessitant un environnement spécifique et un secteur de réanimation.

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 ;
- personnel para médical formé ;
- 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) ;
- service d'accueil des urgences autorisé ;
- présence d'un anesthésiste, d'une salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) ;
- convention avec le SAMU – SMUR.

Gradation des centres : on distingue des centres départementaux et des centres régionaux de référence qui doivent couvrir l'ensemble des niveaux de technicité des actes. Ces derniers prennent également en charge les patients de leur territoire.

Pour les centres de R.I. assurant la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

L'organisation des centres participant à la PDSES doit répondre aux recommandations suivantes :

- accessibilité H24 à tous les équipements d'imagerie (en particulier scanner, IRM) ;
- présence d'une équipe médicale ayant reçu une formation recommandée par la S.F.R. et assurant la PDSES. Ces radiologues doivent avoir une pratique régulière de l'embolisation afin de maintenir leur compétence. Tous les radiologues d'un territoire répondant à ces critères participent à l'organisation de la PDSES ;
- centre référencé dans le Répertoire Opérationnel des Ressources accessible à toutes les structures concernées notamment les maternités.

Pour les centres de R.I. amenés à prendre en charge les pathologies cancéreuses

Il peut s'agir d'actes à visée diagnostique ou thérapeutique :

- actes à visée diagnostique dans la prise en charge stricte de la pathologie cancéreuse. Selon les critères de l'INCa, tout établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer en pathologie digestive et urologique organise l'accès, sur place ou par convention, à la radiologie interventionnelle ;
- actes thérapeutiques : chimio embolisation, radiofréquence, laser, cryo-ablation, micro-onde.

En cas de chimio embolisation, l'établissement doit répondre aux normes d'utilisation des agents de chimiothérapie figurant dans le volet du SROS cancérologie.

4.16.5.4 Etablissements de santé assurant des missions d'enseignement universitaire et post universitaire et de recherche

L'examen des demandes d'autorisation déposées par ces établissements prendra en compte leurs activités de soins spécifiques (actes souvent plus complexes réalisés sur des patients plus lourds médicalement) ainsi que les activités d'enseignement et de recherche qui justifient de disposer d'équipements en plus grand nombre. C'est le cas en particulier de la radiologie interventionnelle (actes scanno guidés de niveau 3).
Un accès suffisant à des matériels performants et innovants est nécessaire afin que puisse être assurée la formation des futurs professionnels de santé. Ces activités, indissociables de l'activité de soins, sont aussi indispensables au développement, à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles.
Dans les structures hospitalo-universitaires à forte activité en cancérologie, il est nécessaire d'évoluer vers un équipement spécifique à la cancérologie, pour permettre, notamment, des temps d'utilisation dédiés à la recherche.
Dans cette structure l'implantation supplémentaire d'IRM 3 T favorisant le développement d'une activité de recherche (cancérologie, neurologie) se justifie.

4.16.5.5 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie

Cette action s'intègre dans le cadre national de programme de gestion du risque (GDR). Elle vise à 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.
Appliquer la réglementation en matière de radio protection pour les professionnels

4.16.5.6 Améliorer l'efficience

Il est important de favoriser la mutualisation des équipes radiologiques et des plateaux techniques d'imagerie. Ce principe est évoqué dans l'article 35 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST [81]. Il répond également aux recommandations du G4[82] (projet professionnel commun des radiologues à travers les Pôles Sectoriels d'Imagerie Médicale (POSIM) qui encourage une offre de soins en imagerie, coordonnée et structurée dans un territoire de santé).

L'organisation des plateaux techniques d'équipements lourds doit avoir pour objectif prioritaire le regroupement d'équipements d'imagerie en coupe au sein de plateaux multi techniques favorisant la complémentarité des techniques et des moyens humains ainsi que les pratiques de substitution.

Il convient de favoriser le regroupement imagerie - médecine nucléaire au sein de structures communes pour permettre au patient de bénéficier au mieux des performances des techniques d'imagerie anatomique et métabolique /fonctionnelle.

La collaboration entre radiologues, médecins nucléaires, physiciens, informaticiens et ingénieurs biomédicaux doit être renforcée.

Ces principes conduisent à privilégier les nouvelles implantations dans des structures déjà pourvues d'équipements lourds et adossées à des secteurs d'hospitalisation.

---

[81] L'Agence Régionale de Santé peut autoriser à titre expérimental la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, impliquant au moins un établissement de santé, comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents

[82] G4 : conseil professionnel de la radiologie française regroupant le Collège des Enseignants de Radiologie en France, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues, la Société Française de Radiologie, le Syndicat des Radiologues Hospitaliers

Par ailleurs, ce regroupement facilite l'intégration des spécialistes de l'imagerie dans des équipes multidisciplinaires associant l'ensemble des cliniciens concernés.

4.16.5.7 Développer les Systèmes d'Information en Imagerie

Les réseaux d'imagerie visent plusieurs objectifs :

- permettre une circulation de l'information par des connexions multiples entre les équipements ;
- permettre le transfert rapide des images ;
- permettre un partage des images entre professionnels de santé ;
- permettre un archivage des images.

Le système d'information de santé en imagerie médicale comprend le système PACS (Picture Archiving and Communication System) et RIS (Radiology Information System). . Le PACS est un système de gestion informatique des images médicales avec des fonctions d'archivage, de stockage et de communication. Il s'interface avec le SIH (Système Information Hospitalier).

Il est nécessaire de mettre à disposition des structures et professionnels un service de PACS mutualisé à visée territoriale puis régionale. Ce maillage de PACS permettra le développement de la téléradiologie.

4.16.5.8 Adapter l'offre de soins aux contraintes : la téléradiologie

La téléradiologie contribue à l'amélioration de la qualité des soins et au maintien d'une offre de premier recours en apportant une alternative à la gestion de la permanence des soins. Elle permet à des services d'urgence de bénéficier d'un avis spécialisé. Elle permet ainsi d'optimiser les ressources médicales qui peuvent être limitées où inégalement réparties dans certains territoires.

Son utilisation repose sur des obligations réglementaires. Les dispositifs de téléradiologie doivent faire l'objet d'une convention cosignée par l'ARS qui fera l'objet d'un avis du comité régional d'imagerie. Cette convention fera l'objet d'un avenant au CPOM.

Par ailleurs, un guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la télé radiologie élaboré par le G4 et par le Conseil national de l'Ordre des médecins fixe les règles déontologiques.

La télé radiologie recouvre deux types de situations très différentes :

- le télédiagnostic qui permet à un praticien de proximité non radiologue d'obtenir l'interprétation d'un examen d'imagerie à distance par un « téléradiologue ». Ce dernier doit être régulièrement autorisé à pratiquer la radiologie en France (inscription au tableau de l'ordre des médecins [83]) Le médecin de proximité demandeur et le télé radiologue s'engagent personnellement par la signature de la convention et du contrat d'exercice de la télé radiologie à faire bon usage de la télé radiologie dans leur pratique professionnelle et à respecter les protocoles de télé radiologie.

- la télé expertise qui permet à un radiologue de proximité, au contact du patient, d'obtenir l'avis d'un radiologue «expert » distant. La télé expertise peut se faire en direct ou en différé.

4.16.6 Le schéma cible d'organisation régionale

L'organisation de l'imagerie regroupe :

[83] Exception faite des médecins des hôpitaux des Armées qui ne sont pas statutairement astreints à cette obligation

- des plateaux techniques d'imagerie de proximité (hors PDSES) ;
- Les plateaux techniques complets, comportant notamment un scanner, accessibles H24 pour les établissements autorisés à l'activité d'urgence. Pour les établissements disposant d'une unité neuro vasculaire, l'accès H24 au plateau technique sera étendu à l'IRM.

4.16.6.1 Assurer la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

Les exigences en matière de permanence des soins rendent nécessaires le regroupement des plateaux techniques et la recherche de co-utilisation.

Etablissements autorisés pour l'activité d'urgence ayant plus de 40 000 passages annuels

La prise en charge radiologique nécessite un *scanner dédié à l'urgence*. Selon les pathologies prises en charge (AVC), une IRM est associée à ce plateau en plus de l'imagerie conventionnelle et de l'échographie. La présence d'un radiologue sur place 24h/24h peut se justifier. Elle permettra un renforcement de la nécessaire discussion médicale entre urgentistes et radiologues. Cette présence peut également permettre l'interprétation d'examens d'imagerie transmis par téléradiologie.

Etablissements autorisés pour l'activité d'urgence ayant moins de 40 000 passages annuels

Ces établissements doivent pouvoir disposer en propre ou par convention d'un accès à toutes les techniques d'imagerie nécessaires aux besoins des patients.

D'une manière générale :

- 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 l'équipement, à hauteur de leur part d'utilisation de jour. Dans un souci d'efficience, il est souhaitable que cette permanence porte sur toute l'imagerie.
- Les radiologues des structures exploitant des équipements d'imagerie autorisés mais ne participant pas à la PDSES doivent participer à l'organisation de celle-ci au sein des territoires.
- L'organisation de la gestion des urgences pendant les horaires d'ouverture doit être formalisée. Si l'équipement fonctionne en co-utilisation, ces principes seront précisés dans le règlement intérieur.
- Dans chaque territoire, la permanence des soins doit être formalisée dans le schéma de la PDSES et être déclarée dans le répertoire opérationnel des ressources des réseaux d'urgence.

4.16.7 Cahier des charges d'une demande d'autorisation d'équipement matériel lourd

Les dossiers de demande devront préciser les points suivants :

- **Auteur de la demande**
  L'auteur de la demande doit être clairement identifié dans sa forme juridique : Etablissement de santé, G.I.E, G.C.S, SA, SCM, SAS, SELARL avec la liste précise des actionnaires de la Société.
  Il est nécessaire que cette Société soit déjà enregistrée au Greffe du Tribunal de Commerce avec un numéro SIRET et enregistrée à INSE avec Statuts des Sociétés avec avis du Conseil de l'Ordre des Médecins (originaux des documents joints).

- **Présentation de l'installation envisagée, des motivations**

- **Délais de réalisation** : ce délai doit être un engagement écrit et signé de la part de l'auteur de la demande et des radiologues.
- **Relations établies ou envisagées avec d'autres établissements**
  Ce chapitre doit comporter un engagement écrit et signé des différents établissements de santé publics ou privés.
- **Modalités de fonctionnement**
  Existence d'un règlement intérieur précisant notamment :
  - la définition des plages horaires d'utilisation et la répartition précise entre les différents médecins intervenants ;
  - l'existence d'une convention avec un établissement doté du même équipement en cas de panne ou d'immobilisation de l'appareil, notamment pour la gestion des urgences ;
  - modalités d'accès des patients hospitalisés : (plan des locaux, localisation par rapport au plateau technique de l'établissement et aux services d'hospitalisation) ;
  - pour les équipements en co-utilisation :
    * l'organisation des modalités de remplacement en cas d'absence ;
    * un engagement sur la mise en place d'une coordination médicale dont le rôle est de veiller notamment à l'application du règlement intérieur et à l'organisation du bon fonctionnement général.

- **La composition de l'équipe médicale :**
  - la liste des médecins radiologues partenaires de la demande ainsi que leur lieu d'exercice et leur qualification doivent être détaillés ;
  - radiologues : nombre significatif de 8 spécialistes au minimum, pour favoriser l'accès des radiologues aux équipements lourds dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et d'optimiser le fonctionnement de l'appareil ;
  - médecine nucléaire : au minimum 1 spécialiste de médecine nucléaire par appareil
  - engagement nominatif des médecins cité dans le dossier.

- **L'organisation de la continuité, de la permanence des soins et de la gestion des urgences durant les horaires d'ouverture permettant de garantir un accès 24h/24.**

- **Le contenu du dossier d'évaluation doit permettre de produire un bilan d'activité portant sur les indicateurs ci-dessous (paragraphe 4.16.9).**

- **En outre, l'analyse des dossiers de demande d'autorisation d'équipements lourds privilégiera, sous réserve de l'adéquation de la demande aux objectifs du SROS, les dossiers de demande :**
  - faisant état de collaboration entre établissements de santé et de regroupements de radiologues tant hospitaliers que libéraux, dans le cadre d'une structure de coopération adaptée pour le partage de l'utilisation de l'appareil et l'organisation de la permanence des soins ;
  - présentant un projet de qualité notamment sur les aspects technique et financier (investissements, calendrier d'installation, exploitation…).

4.16.8 Objectifs quantifies : sites d'implantation et équipements

Le regroupement d'équipements d'imagerie en coupe au sein de plateaux diversifiés favorise la complémentarité des techniques et des moyens humains ainsi que les pratiques de substitution. La mutualisation permet une offre de soins en radiologie mieux coordonnée et mieux structurée dans les territoires de santé (pole sectoriel d'imagerie médicale).
Les radiologues libéraux qui ont une activité de scanners ont, parfois, un accès plus difficile à l'IRM. Dans ces cas, ils ne peuvent donc assurer le suivi de leur propre patient. Il est important d'obtenir une filière de soins cohérente pour ces patients relevant d'un examen d'imagerie. La qualité des soins en sera améliorée. Les dossiers d'autorisations d'équipements IRM intégreront donc, autant que possible, la participation des radiologues libéraux du territoire concerné au fonctionnement des IRM. Ces radiologues devront alors s'engager sur la permanence des soins en imagerie comme il est précisé par ailleurs.

Les objectifs quantifiés se déclinent d'une part :

- en site d'implantation ;
- en équipement.

Dans les tableaux ci-dessous :

Un nouvel équipement peut être préconisé sur un site existant (renfort d'un site existant) : dans ce cas, seul le nouvel équipement est mentionné dans la dernière colonne les tableaux ci-dessous relatifs aux scanners et aux IRM.

Un nouvel équipement peut être préconisé sur un site qui ne disposait pas jusqu'à présent de cet équipement : dans ce cas-là les tableaux ci-dessous relatifs aux scanners et aux IRM mentionneront et le nouveau site et le nouvel équipement.

4.16.8.1 Scanners

- Un scanner supplémentaire est prévu à Nice dans le cadre d'une activité de radiologie interventionnelle, pour un site pratiquant des actes d'un haut niveau de technicité.
- Un scanner est justifié sur un nouveau site à Cannes. Afin d'apporter une offre de soins coordonnée et structurée des accords de coopération doivent être recherchés entre les sites.
- Un scanner supplémentaire est prévu sur Antibes compte tenu du nombre important de passages aux urgences (proche de 40 000 justifiant un scanner dédié).
- Une meilleure organisation de l'imagerie sur la zone d'Arles nécessite la coopération de tous les acteurs : établissements de santé (incluant également les hôpitaux des portes de Camargue), radiologues libéraux. Cette complémentarité nécessaire doit également amener à un fonctionnement optimal du scanner déjà installé. Sous réserve que cette condition soit remplie, un deuxième scanner peut se justifier sur cette zone compte tenu de la démographie et des fuites constatées.
- Un équipement supplémentaire est prévu à Marseille sur un site ayant une forte activité de cancérologie.

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
ALPES DE HAUTE PROVENCE	DIGNE	1	1	-	-
	MANOSQUE	1	1	-	-
	SISTERON	1	1	-	-

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
HAUTES ALPES	BRIANCON	1	1	-	-
	GAP	2	2	-	-

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
ALPES	ANTIBES	1	1	-	1

MARITIMES	CAGNES SUR MER	1	1	-	-
	CANNES	1	2	1	1
	GRASSE	1	1	-	-
	MENTON	1	1	-	-
	MOUGINS	1	1	-	-
	NICE	7	8	-	1
	ST LAURENT DU VAR	1	1	-	-

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
BOUCHES DU RHONE	AIX EN PROVENCE	4	5	-	-
	ARLES	1	1	-	1
	AUBAGNE	2	2	-	-
	ISTRES	1	1	-	-
	LA CIOTAT	1	1	-	-
	MARIGNANE	1	1	-	-
	MARSEILLE (*) (**)	14	19	-	1
	MARTIGUES	1	1	-	-
	SALON DE PROVENCE	1	1	-	-

(*) dont un site HIA Laveran
(**) suppression d'un site par regroupement de 2 établissements sur un même site

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
VAR	BRIGNOLES	1	1	-	-
	DRAGUIGNAN	2	2	-	-
	FREJUS	2	2	-	-
	GASSIN	1	1	-	-
	HYERES	2	2	-	-
	LA SEYNE SUR MER	2	2	-	-
	OLLIOULES	2	2	-	-
	TOULON (*)	4	5	-	-

(*) dont un site HIA Ste Anne

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
VAUCLUSE	APT	1	1	-	-
	AVIGNON	3	4	-	-
	CARPENTRAS	1	1	-	-

	CAVAILLON	**1**	**1**	**-**	**-**
	ORANGE	**1**	**1**	**-**	**-**
	PERTUIS	**1**	**1**	**-**	**-**
	SORGUES	**1**	**1**	**-**	**-**

Ainsi le SROS PRS préconise 86 appareils en PACA soit 16,93 appareils pour 1 million d'habitants en 2015.

4.16.8.2 IRM

- La prise en charge de certaines populations (en particulier les patients souffrant de claustrophobie et d'obésité) justifie l'implantation d'un équipement spécifique ;
- Une IRM adaptée à l'activité ostéo articulaire peut être justifiée en renfort sur un site existant et répondant aux critères d'implantation précédemment décrits ;
- A Gap, un équipement supplémentaire peut se justifier sur un site assurant la prise en charge des urgences et développant une activité de médecine nucléaire (thérapeutique et/ou diagnostique) ;
- Un appareil est justifié sur Cannes sur un site prenant en charge les urgences compte tenu de la saturation actuelle de l'équipement et des délais d'attente ;
- Un appareil est justifié sur Mougins sur un site disposant d'un scanner et ayant une activité importante en cancérologie ;
- La zone d'Aix est actuellement sous dotée en appareil d'IRM. Aussi 2 appareils sont justifiés sur Aix en Provence :
  - un appareil sur un site assurant la prise en charge des urgences et ayant une forte activité de médecine nucléaire ;
  - un appareil sur un nouveau site ayant une forte activité en cancérologie.
- afin d'apporter une offre de soins coordonnée et structurée un appareil est indiqué sur le site d'Aubagne Des accords de coopération seront recherchés entre les établissements d'Aubagne et de La Ciotat ;
- sur l'agglomération Marseillaise 4 appareils sont prévus. Un appareil sera spécifiquement adapté à la prise en charge des patients nécessitant un aménagement spécifique (patients présentant un handicap, claustrophobes ou obèses) ;
- une implantation supplémentaire se justifie sur Hyères pour un établissement ayant une forte activité en cancérologie en veillant à ce que la participation des radiologues libéraux permette le maintien du fonctionnement de l'appareil existant sur le site hospitalier en nombre et en qualité ;
- afin d'apporter une offre de soins coordonnée et structurée un appareil supplémentaire est indiqué sur le site d'Avignon regroupant les structures hospitalières et les professionnels de santé ;
- un appareil IRM est justifié sur Cavaillon dans le cadre d'un pole public privé sur un site unique. Si ce dernier devait se réaliser à court terme, il ne paraît pas opportun d'installer l'équipement sur un site provisoire. Dans le cas contraire, l'IRM serait installée toujours dans le cadre d'un partenariat public privé sur un site disposant déjà d'un scanner.

Compte tenu des évolutions technologiques, de l'évolution des indications et des effets attendus des implantations autorisées non encore installée, l'ARS conduira une révision de ce chapitre du SROS à échéance des 2 ans.

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
ALPES DE HAUTE PROVENCE	**MANOSQUE**	**1**	**1**	**-**	**-**

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
HAUTES ALPES	GAP	1	1	-	1

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
ALPES MARITIMES	ANTIBES	1	1	-	
	CAGNES SUR MER	1	1	-	-
	CANNES	1	1	-	1
	GRASSE	1	1	-	-
	MOUGINS			1	1
	NICE	6	6	-	1
	ST LAURENT DU VAR	1	1	-	-

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
BOUCHES DU RHONE	AIX EN PROVENCE	2	2	1	2
	ARLES	1	1	-	-
	AUBAGNE	1	1	1	1
	ISTRES	1	1	-	-
	MARIGNANE	1	1	-	-
	MARSEILLE (*) (**)	11	15	2	4
	MARTIGUES	1	1	-	-
	SALON DE PROVENCE	1	1	-	-

(*) dont un site HIA Laveran
(**) 12 sites prévus après regroupement de 2 établissements sur 1 même site

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
VAR	DRAGUIGNAN	1	1	-	-
	FREJUS	2	2	-	-
	HYERES	1	1	1	1
	OLLIOULES	2	2	-	-
	TOULON (*)	3	3	-	-

(*) dont un site HIA Ste Anne

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
VAUCLUSE	AVIGNON	2	2	-	1
	CARPENTRAS	1	1	-	-

	CAVAILLON			**1**	**1**
	ORANGE	**1**	**1**	**-**	**-**

Soit un total de 63 appareils d'IRM ce qui représente plus de 12 appareils par million d'habitants.

4.16.9 Indicateurs d'évaluation - Scanner et IRM

Ces indicateurs d'évaluation s'imposent au demandeur dans le cadre d'une nouvelle demande d'autorisation ou d'un renouvellement d'autorisation (avec ou sans changement d'appareil)
Les titulaires d'autorisation doivent se donner les moyens de mettre en œuvre les systèmes d'information nécessaires pour colliger les informations permettant le recueil des indicateurs figurant dans le SROS.

En cas de co-utilisation, le titulaire de l'autorisation veillera à fournir obligatoirement l'activité totale de l'équipement. (Les données issues d'un seul co utilisateur ne seront pas recevables).

En cas de nouvelle demande sur un site disposant déjà d'un équipement d'imagerie soumis à autorisation, le promoteur fournira l'évaluation de cet équipement (quel que soit le titulaire de l'équipement)

ACTIVITE GENERALE

- nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire hors permanence des soins
- nombre annuel total d'actes
- nombre annuel total de forfaits techniques
- nombre annuel de patients externes explorés
- nombre annuel de patients hospitalisés explorés
- nombre annuel d'actes en urgence
  - entre 20 :00 et 08 :00 heures
  - en dehors des heures ouvrables (week end et jours fériés)

PERMANENCE DES SOINS

- Fonctionnement H24 de l'équipement
- Modalités d'organisation de la permanence des soins
- Modalités d'organisation d'une prise en charge en urgence d'un patient

PART DE L'ACTIVITE LIBERALE DU SERVICE (Etablissements publics)

- nombre de forfaits techniques réalisés au titre de l'activité libérale
- nombre annuel de patients externes explorés au titre de l'activité libérale

CO UTILISATION PUBLIQUE / PRIVEE le cas échéant

- Nombre annuel d'actes réalisés pour le secteur public
- Nombre annuel d'actes réalisés pour le secteur privé

ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS EXTERNES

TYPE DES EXPLORATIONS PAR ACTES CCAM

TYPES DES EXPLORATIONS SELON LA PATHOLOGIE

- Examens pour pathologie cancéreuse : répartition des actes CCAM par type de cancers
- Examens pour pathologie ostéo articulaire (hors cancérologie) : répartition des actes CCAM
- Examens de radiologie interventionnelle réalisée sous un équipement d'imagerie en coupe selon actes CCAM

TYPOLOGIE DES IMAGES PRODUITES PAR COMPLEXITE

- nombre annuel d'actes sous anesthésie
- nombre annuel d'actes chez des patients en unité de réanimation
- nombre annuel d'actes chez enfant de moins de 5 ans

DELAI DE RV

- Délai de R.V. (à voir selon méthode INCa, ANAP ou régionale)

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- Formation annuelle pour chaque radiologue sur le scanner en cancérologie
- Nombre de R.C.P. avec participation du radiologue (par type de pathologies pris en charge)

OFFRE DE SOINS D'IMAGERIE COORDONNEE SUR LE TERRITOIRE (type POSIM)

CONVENTION DE TELERADIOLOGIE

PACS

Ces indicateurs complétés secondairement par des indicateurs qualitatifs constitueront un tableau de bord régional qui sera renseigné annuellement par toutes les structures disposant d'une autorisation d'équipement d'imagerie en coupe

IMAGERIE MEDICALE
MEDECINE NUCLEAIRE

4.17 Imagerie médicale médecine nucléaire

4.17.1 Bilan de l'existant en région PACA

4.17.1.1 Caméras à scintillation

Nombre de GAMMA CAMERAS par territoire

	EQUIPEMENTS LOURDS : GAMMA CAMERAS		
Territoire	***autorisations possibles (SROS 3)***	***autorisations accordées***	***appareils installés***
HAUTES ALPES	**2**	**1**	**0**
ALPES MARITIMES	**11**	**10**	**9**
BOUCHES DU RHONE	**19**	**18**	**16**
VAR (*)	**8**	**8**	**8**
VAUCLUSE	**3**	**3**	**3**
TOTAL PACA	**43**	**40**	**36**
(*) dont HIA Ste Anne à Toulon			

A l'issue du SROS 3, 43 gamma caméras étaient préconisées en PACA. Au 1er juin 2011, 40 équipements ont été autorisés et 36 gamma caméras sont installés.

4.17.1.2 Tomographie par émissions de positons (TEP)

Nombre de TEP par territoire

EQUIPEMENTS LOURDS : T.E.P.			
Territoire	***autorisations possibles (SROS 3)***	***autorisations accordées***	***appareils installés***
ALPES MARITIMES	**3**	**3**	**2**
BOUCHES DU RHONE	**5**	**5**	**3**
VAR (*)	**2**	**2**	**1**
VAUCLUSE	**1**	**1**	**1**
TOTAL PACA	**11**	**11**	**7**
(*) dont HIA Ste Anne à Toulon			

A l'issue du SROS 3, 11 TEP étaient préconisés en PACA. Au 1er juin 2011, tous les TEP ont été autorisés et 4 ne sont pas encore installés.

4.17.1.3 Démographie des médecins nucléaires

La démographie médicale des médecins nucléaires est la suivante au 1er janvier 2011 (source : répertoire ADELI – médecins installés).

DEPARTEMENT	Libéral	Salarié exclusif	TOTAL
Alpes Maritimes	6	8	14
Bouches du Rhône	6	17	23
Var	0	3	3
Vaucluse	0	3	3
Région	**12 (28%)**	**31 (72%)**	**43**

43 médecins nucléaires en PACA (+27% par rapport à 2004 : 34 médecins nucléaires)
42% des médecins ont plus de 50 ans.

4.17.1.4 Activité des centres 2010

GAMMA CAMERAS

36 gamma caméras sont installées dans les 15 centres de la région. Le SROS 3, récemment révisé, autorise l'installation de 43 gamma caméras.
14 gamma caméras ont plus de 7 ans.

85 806 examens (*) et 882 actes thérapeutiques sont réalisés en 2010 sur les 36 gamma caméras soit une moyenne régionale de 2 408 actes par caméra.

(*) Ce nombre d'examens tient compte du fait qu'un examen cardiologique au repos et à l'effort le même jour compte pour un examen. De même une scintigraphie de ventilation et de perfusion le même jour compte pour un examen.]

Les centres sont répartis sur les territoires des Bouches du Rhône, des Alpes Maritimes, du Var et du Vaucluse. Le centre autorisé dans les Hautes Alpes n'est pas encore installé.

Du fait de la substitution de scintigraphies par des examens TEP notamment, on note une diminution du nombre de scintigraphies de l'ordre de 10% (taux national)

L'analyse de la production des centres des Bouches du Rhône indiquent que :

- 2 687 patients du département des Alpes de Haute Provence sont traités :
  - sur Aix : 45 % (1 202 patients),
  - sur Marseille - Aubagne : 51%.

- 756 patients du département des Hautes Alpes sont traités :
  - sur Aix : 35%,
  - sur Marseille - Aubagne : 64%.

Activité des centres

Centres du département des Alpes Maritimes
4 centres (Il faut également noter la présence d'un centre à Monaco). 9 gamma caméras dont une de plus de 7 ans.
26 181 examens[84] - 27 869 patients
Origine géographique : 81% des patients habitent le département

Centres du département des Bouches du Rhône
7 centres- 16 gamma caméras installées dont 5 plus de 7 ans
40 342 examens - 39 862 patients
Origine géographique : 74% des patients habitent le département (attractivité pour les habitants du Var et des Alpes de Haute Provence)

Centres du département du Var
3 centres - 8 gamma caméras dont 4 de plus de 7 ans
12 719 examens - 11 900 patients
Origine géographique : 97 % des patients pris en charge habitent le département

Centre du département du Vaucluse
1 Centre- 3 gamma caméras dont deux de plus de 7 ans
7 446 examens - 7261 patients
Origine géographique : 59% habitent le département (attractivité pour les patients des Bouches du Rhône et du Gard)

Répartition régionale par type d'examens réalisés

Type d'examens	Nbre d'examens
OS	46 047
CŒUR	17 308
POUMON	3 715
CERVEAU	3 068
REIN	1 386
ENDOCRINO.	7 684
GANGLION SENTINELLE	3 434
EX. DIVERS	2 565
ACTES THERAPEUTIQUES	882
TOTAL	**86 089**

Accessibilité des 15 centres au plateau technique

- 100 % des centres ont un accès direct au scanner
- 100 % des centres ont un accès direct à une IRM
- 12 centres ont un accès direct à l'USIC, 3 par conventions
- 10 centres ont un accès à une salle de coronarographie
- 11 centres ont un accès en pédiatrie

[84] Scintigraphie cardiaque effort repos le même jour : 1 examen – scintigraphie pulmonaire ventilation perfusion le même jour :1

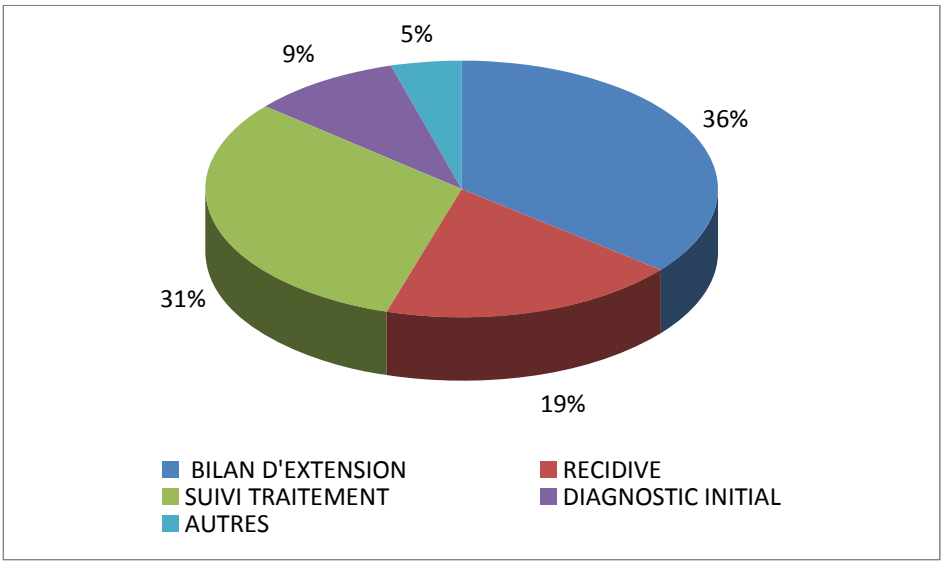
- 13 centres ont un accès au TEP

TEP

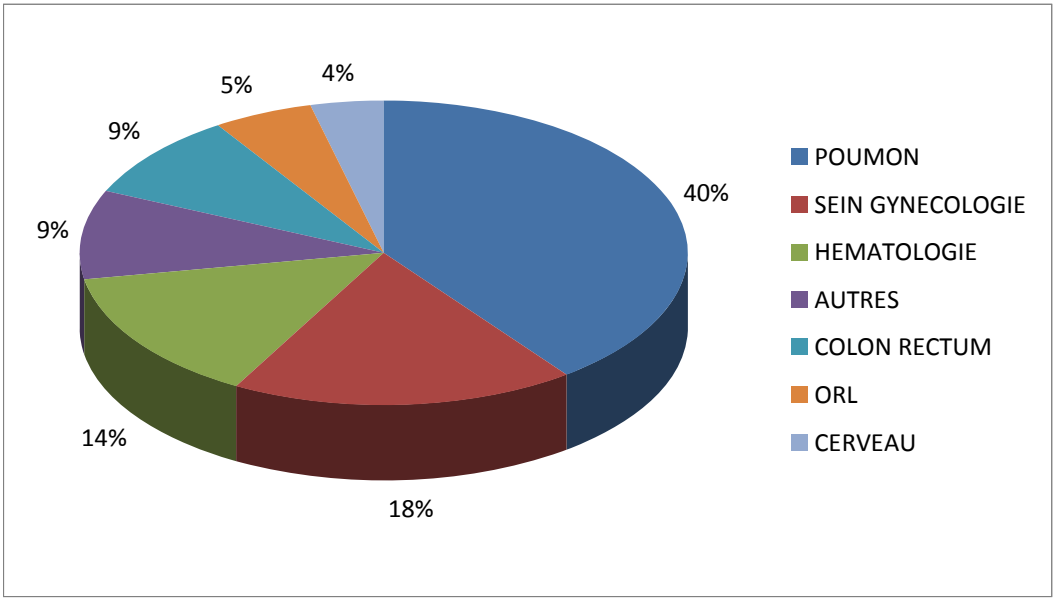
Les centres sont répartis sur les territoires des Bouches du Rhône, des Alpes Maritimes, du Var et du Vaucluse.

Il faut également noter la présence d'un TEP à Monaco.

Répartition des examens TEP suivant le contexte (sur 7 centres)



Répartition des examens TEP suivant la localisation (sur 6 centres)



Patients des Alpes de Haute Provence et des Hautes Alpes traités sur Marseille :

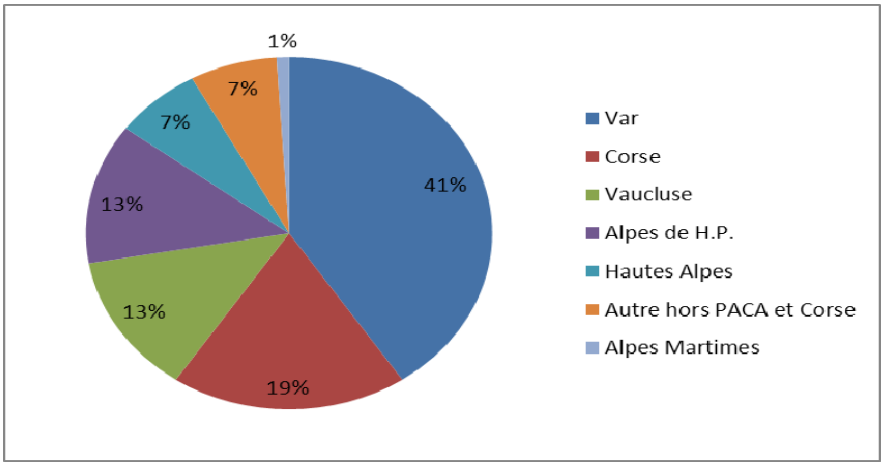
- 508 patients du département 04
- 304 patients du département 05

Activité des centres

Centres du département des Alpes Maritimes
2 centres dont l'un a ouvert en novembre 2010 - 2 763 examens en 2010
Origine géographique : 74% des patients traités dans les centres habitent le territoire des Alpes Maritimes. Les patients hors 06 viennent essentiellement du Var (72%) et de Corse (14%)

Centres du département des Bouches du Rhône
3 centres - 8 470 examens.
Origine géographique : 70% des patients habitent les Bouches du Rhône

Répartition des 2 427 patients résidant hors département et pris en charge dans les centres des Bouches du Rhône



Centres du département du Var
Un centre - 2 720 examens
Origine géographique : 94% des patients sont originaires du département.

Le centre - 2 225 examens

Centre du département du Vaucluse
Origine géographique 41% résident à l'extérieur du département majoritairement dans les Bouches du Rhône.

4.17.2 Les orientations générales

4.17.2.1 Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins

GAMMA CAMERAS

Un centre de médecine nucléaire doit disposer au minimum de 2 caméras à scintillation(*). La concentration des plateaux techniques doit être privilégiée permettant une optimisation du temps médical. Ce plateau technique comporte :

- une USIC ;
- un service de pédiatrie si des examens sont effectués dans cette spécialité ;
- un scanographe, un IRM et un appareil de coronarographie.
-

Le niveau d'activité sera en moyenne d'un appareil pour 3 000 examens. Il est recommandé que la vétusté de chaque appareil n'excède pas 10 ans,

Le personnel médical et paramédical prévu devra être en adéquation avec le nombre d'examens réalisés dans le centre.
(*) Une dérogation en termes de nombre d'appareil et de composition du plateau technique est accordée au site de GAP dans les hautes Alpes (dérogation géographique)

<u>Gamma caméra dédiée à la cardiologie</u>

Les critères d'attribution sont :

- le centre doit avoir une activité supérieure à 2 000 examens cœur par an,
- le centre doit être adossé à un établissement de santé ayant une activité cardiologique forte et structurée.

Le centre devra également produire un argumentaire sur l'impossibilité en termes de volume et de type d'activité de substituer une caméra polyvalente à une caméra dédiée cardiologie.

TEP

L'installation de ces TEP s'inscrit dans le cadre de projets territoriaux ou inter territoriaux et non d'établissements seuls, afin d'optimiser le fonctionnement des appareils existants et de favoriser le développement des coopérations entre les centres de médecine nucléaire.
Les TEP doivent être installés dans des centres de médecine nucléaire adossés à des établissements ayant une forte activité de cancérologie et notamment de chimiothérapie et de radiothérapie.

La détention et l'utilisation des radionucléides 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)

4.17.2.2 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Continuer à diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale élaboré par la Société Française de Radiologie et la Société Française de Médecine Nucléaire et Moléculaire.
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).

4.17.2.3 Améliorer l'efficience : regroupements de plateaux techniques, coopérations entre établissements.

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 et 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.

La collaboration entre radiologues, médecins nucléaires, physiciens et informaticiens et ingénieurs biomédicaux doit être renforcée.

Ces principes conduisent à envisager les implantations dans des structures déjà pourvues d'équipements lourds et adossées à des secteurs d'hospitalisation.

4.17.3 Objectifs quantifiés en termes de sites d'implantation et d'équipements

Le SROS 3 a été révisé en 2009-2010. Les centres n'ont pu, actuellement, installer tous les équipements nouvellement autorisés. De nouvelles autorisations n'apparaissent actuellement pas justifiées.
Cependant le COTER insiste sur le fait que de nouvelles machines dédiées vont se développer en particulier concernant la pathologie mammaire.

GAMMA CAMERAS

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
ALPES DE HAUTE PROVENCE	-	-	-	-	-

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
HAUTES ALPES	GAP	1	1	-	1

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
ALPES MARITIMES	MOUGINS	1	3	-	-
	NICE	2	4	-	-
	ST LAURENT DU VAR	1	3	-	-

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
BOUCHES DU RHONE	AIX EN PROVENCE	1	3	-	-
	AUBAGNE	1	2	-	-
	MARSEILLE	5	14	-	-

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
VAR	FREJUS	1	2	-	-
	TOULON (*)	2	6	-	-

(*) dont HIA Ste anne

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
VAUCLUSE	AVIGNON	1	3	-	-

TEP

TERRITOIRE	IMPLANTATION	NOMBRE DE SITES	NOMBRE D'APPAREILS	NOUVEAU SITE D'IMPLANTATION	NOUVELLE AUTORISATION D'APPAREIL
ALPES DE HAUTE PROVENCE	-	-	-	-	-
HAUTES ALPES	-	-	-	-	-
ALPES MARITIMES	MOUGINS	1	1	-	-
	NICE	2	2	-	-
BOUCHES DU RHONE	AIX EN PROVENCE	1	1	-	-
	MARSEILLE	4	4	-	-
VAR	TOULON (dont HIA Sainte Anne)	2	2	-	-

VAUCLUSE	**AVIGNON**	**1**	**1**	**-**	**-**

4.17.4 Evaluation de l'activité

Depuis 2007, le COTER d'imagerie nucléaire a mis en place un tableau de bord d'évaluation de l'activité annuelle en région PACA à partir d'une série d'indicateurs.
Ce tableau de bord est présenté annuellement au COTER.

Ces éléments sont également à fournir pour toutes demandes d'autorisation (ou de renouvellement) ou de renouvellement d'autorisation avec changement de matériel

GAMMA CAMERAS

DONNEES GENERALES
HEURES D'OUVERTURE DU SERVICE (pour les patients du lundi au vendredi)
NOMBRE DE GAMMA CAMERAS DANS LE SERVICE
NOMBRE D'EXAMENS ANNUEL TOTAL
NOMBRE DE PATIENTS ANNUEL TOTAL
TEMPS MOYEN D'EXAMEN SUR CAMERA (en minutes)
PERSONNEL DU SERVICE
1- PERSONNEL EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN
2 - PERSONNEL EN EFFECTIF REEL (nombre de personnes)
INSTALLATIONS GAMMA CAMERAS
Marque Modèle date d'autorisation en vigueur date d'installation Nombre de Gamma caméras de plus de 7 ans
ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS
NB PATIENTS RESIDANT DANS LE DEPARTEMENT DU SERVICE
NB PATIENTS HORS DEPARTEMENT dont Alpes de Haute Provence dont Hautes Alpes dont Alpes Maritimes dont Bouches du Rhône dont Var dont Vaucluse dont Corse dont autres départements
NON RENSEIGNES
VENTILATION DES EXAMENS
NB ANNUEL D'EXAMENS OS
NB ANNUEL D'EXAMENS CŒUR (effort - repos le même jour : 2)
NB ANNUEL D'EXAMENS POUMON (ventilation - -perfusion : 2)
NB ANNUEL D'EXAMENS CERVEAU

NB ANNUEL D'EXAMENS REIN

NB ANNUEL D'EXAMENS APPAREIL ENDOCRINIEN

NB ANNUEL D'EXAMENS GANGLION SENTINELLE

NB ANNUEL D'EXAMENS DIVERS

NB ANNUEL D'ACTES THERAPEUTIQUES

NON RENSEIGNES

ACCES A UN PLATEAU TECHNIQUE : sur le site ou par convention

ACCES A USIC

ACCES SERVICE DE PEDIATRIE

ACCES SCANNER

ACCES IRM

ACCES CORONAROGRAPHIE

ACCES TEP

ASPECTS QUALITATIFS

NB ANNUEL DE DECLARATIONS D'EVENEMENTS INDESIRABLES

- Hospitalisation en urgence (en relation avec l'examen)
- Rédaction d'un rapport (interne au service ou pour la direction) en lien avec l'examen
- Déclaration ASN

TEP

DONNEES GENERALES

NOMBRE D'EXAMENS ANNUEL TEP

NOMBRE DE PATIENTS ANNUEL

NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE D'ACCES SUR TEP

TEMPS MOYEN D'EXAMEN SUR PET CT en minutes

INSTALLATION TEP

site d'implantation

Marque

Modèle

date d'autorisation

date d'installation

Lieux d'approvisionnement

ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS TEP

NB PATIENTS RESIDANT DANS LE DEPARTEMENT D'IMPLANTATION DU CENTRE

NB PATIENTS HORS DEPARTEMENT

dont Alpes de haute Provence
dont hautes Alpes
dont Alpes Maritimes
dont Bouches du Rhône
dont Var
dont Vaucluse
dont Corse

dont autres départements

NON RENSEIGNES

CONTEXTE D'INDICATION
NB ANNUEL D'EXAMENS POUR BILAN D'EXTENSION
NB ANNUEL D'EXAMENS POUR DIAGNOSTIC INITIAL (BENIN / MALIN)
NB ANNUEL D'EXAMENS POUR RECIDIVE
NB ANNUEL D'EXAMENS POUR SUIVI TRAITEMENT
NB ANNUEL D'EXAMENS AUTRES (NEURO…)
NON RENSEIGNES

TYPE DES EXPLORATIONS
1- 18 F FDG
NB ANNUEL D'EXAMENS COLON RECTUM
NB ANNUEL D'EXAMENS HEMATOLOGIE
NB ANNUEL D'EXAMENS POUMON
NB ANNUEL D'EXAMENS SEIN GYNECOLOGIE
NB ANNUEL D'EXAMENS CERVEAU
NB ANNUEL D'EXAMENS ORL
NB ANNUEL D'EXAMENS AUTRES (MELANOME, REIN…)
NON RENSEIGNES
2- Autres molécules hors FDG

ASPECTS QUALITATIFS
NB ANNUEL DE DECLARATIONS D'EVENEMENTS INDESIRABLES
NB ANNUEL D'EXAMENS ANNULES OU REPORTES POUR PB D'APPROVISIONNEMENT
NB PATIENTS ANNUEL PRIS EN CHARGE AYANT FAIT L'OBJET D'UNE RCP
% ANNUEL D'EXAMENS TEP COMMENTES EN RCP

SOINS PALLIATIFS

4.18 Soins palliatifs

4.18.1 Rappels de l'existant et du contexte

4.18.1.1 Les Unités de soins palliatifs (USP) :

9 USP sont autorisées. La demande reste incomplètement satisfaite.

4.18.1.2 Les Lits Identifiés en soins palliatifs (LISP)

La région comporte 166 lits identifiés en MCO et 68 lits identifiés en SSR mais il faut encore poursuivre la couverture géographique et notamment dans le secteur des soins de suite.

4.18.1.3 Les Equipes Mobiles de soins palliatifs (EMSP)

La région dispose de 25 équipes mobiles. Les EMSP ont un large champ d'action qui évolue afin de diffuser la culture palliative au sein des EHPAD et aussi auprès des unités de soins de longue durée. Il faut maintenir leur capacité.

4.18.1.4 Les Réseaux de soins palliatifs

Les réseaux de soins palliatifs ont été développés dans les 6 départements de la région. Afin d'améliorer l'accès aux compétences dans ce domaine, des rapprochements entre EMSP et réseau se mettent en place sur certains territoires permettant une meilleure lisibilité pour les patients et les professionnels de proximité.

4.18.1.5 Les autres acteurs des soins palliatifs

Il est important de souligner le rôle joué par **les associations de bénévoles** qui œuvrent dans les structures d'hospitalisation, mais aussi à domicile en relation avec les réseaux et/ou les équipes mobiles.
Plusieurs associations sont représentées dans la région. Il est rappelé que les bénévoles qui interviennent auprès des patients en soins palliatifs doivent avoir reçu une formation et doivent participer à des actualisations de cette connaissance en lien avec les EMSP.
Un autre mode de prise en charge en soins palliatifs se fait par les **structures d'hospitalisation à domicile** (HAD). Il importe que ces prises en charge soient effectuées par des personnes titulaires de formations reconnues en soins palliatifs. L'identification des intervenants à domicile doit être facilitée afin que les patient et ses proches aient un réel bénéfice et une bonne visibilité de ceux-ci.
Enfin, il existe au sein de la région une **association régionale des soins palliatifs** (APSP), regroupant les acteurs impliqués dans ces prises en charge quel que soit le mode sur lequel ils interviennent. L'organisation s'appuiera sur elle.
Pour être complet, il existe une offre d'appartements de coordination thérapeutique à Nice pour les populations relevant de soins palliatifs et sans domicile. Le dispositif est supervisé par l'équipe mobile de soins palliatifs du centre Antoine Lacassagne.

4.18.2 Evolutions prévisibles : les orientations régionales

Le partenariat entre les structures ayant une reconnaissance d'offre de soins palliatifs doit se concrétiser. Toutes les structures ayant des lits identifiés doivent faire appel à une EMSP avec laquelle elles contractualisent pour un passage régulier de cette équipe et des réunions

interdisciplinaires avec les acteurs confrontés à ce type de prise en charge. Une convention avec une USP doit permettre par ailleurs de garantir la prise en charge des cas complexes.

Les EMSP se trouvant dans des structures bénéficiant aussi d'une USP, doivent avoir des locaux regroupés avec ces USP afin d'accroitre la lisibilité au sein de la structure et de permettre des collaborations réelles.

L'évaluation du service rendu par les structures détentrices de lits identifiés sera poursuivie de façon à assurer une offre de soins concrète, quitte à modifier la reconnaissance contractuelle antérieure en cas de service rendu inefficient.

4.18.3 Objectifs

4.18.3.1 Organiser le parcours du patient

4.18.3.1.1 Les personnes âgées

- Développer la culture palliative dans les unités de soins de longue durée et les hôpitaux locaux : Apprécier l'extension réelle du programme MOBIQUAL (mobilisation pour l'amélioration de la qualité et des pratiques professionnelles) au bénéfice des personnels des USLD et des hôpitaux locaux.
  Evaluation : nombre d'actions de formation, nombre de personnes formées annuellement
- Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.
  Cette action a été initiée spontanément par quelques équipes mobiles de la région Paca qui avaient été sollicitées par des EHPAD (formation du personnel, interventions ponctuelles, sensibilisation de toutes les équipes mobiles et de leurs directions, renfort de certaines équipes mobiles en personnel d'encadrement, afin de mettre en place les formations dans les EHPAD). Ce programme va être poursuivi avec des évaluations annuelles
  Evaluation : nombre de conventions signées entre EMSP et EHPAD, nombre de personnes formées, nombre de soutiens apportés.
- Poursuivre l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : Le but est de pouvoir apporter aux personnes en fin de vie résidant en EHPAD, la possibilité de rester sur place tout en bénéficiant de l'accompagnement par du personnel formé de jour mais aussi de nuit, et d'éviter des hospitalisations en urgence notamment lors des symptômes de détresse. Cette expérimentation a débuté dans la deuxième partie de l'année 2010 et elle est encore en cours.
  Evaluation : Outre les données quantitatives de personnel nécessaire de nuit, un indicateur qualitatif sera le nombre de résidents hospitalisés en fin de vie pendant l'expérimentation.
- Faciliter la prise en charge en hébergement temporaire de personnes âgées en soins palliatifs pour soulager les aidants et les proches : Expérimenter des lits d'hébergement temporaire pour personnes âgées au sein des EHPAD. Cette action ne pourra être mise en place qu'après l'expérimentation des infirmières de nuit formées aux soins palliatifs en EHPAD.
  Evaluation : nombre de places d'hébergement temporaire créées et nombre de personnes hébergées dans ces lits par an

4.18.3.1.2 Les enfants

- Identifier des lits de soins palliatifs dans les unités pédiatriques ayant à gérer la fin de vie pour les enfants : Des besoins de lits identifiés en pédiatrie en dehors de la cancérologie ont été identifiés. La mise en place de ces lits identifiés se fera en fonction des compétences des équipes en soins palliatifs et de l'organisation des unités repérées.
- Créer au niveau régional une équipe ressource régionale de soins Le projet sera commun aux deux CHU. Cette équipe devra pouvoir s'appuyer sur des relais de proximité reconnus.
- Soutenir l'acquisition de compétences pédiatriques au sein des équipes mobiles de soins palliatifs : Un travail sera à développer entre l'équipe ressource régionale et les EMSP.

- Développer la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques en HAD
- Création de lieux de répit : une réflexion avec les territoires sera engagée en ce sens.

4.18.3.1.3 Développer la recherche en soins palliatifs

Levier pour lutter contre l'insuffisante culture palliative chez les médecins, élément essentiel de la reconnaissance universitaire des soins palliatifs, la recherche est une des missions des unités de soins palliatifs.
Mise en place d'une unité d'aide à la recherche clinique en soins palliatifs en appui auprès d'une structure de recherche clinique ayant fait ses preuves : dès 2011, mise en place d'un médecin méthodologiste et d'un comité de pilotage sur la base d'un projet validé.

4.18.3.1.4 Soutenir l'innovation dans le domaine des soins palliatifs

L'ARS accompagnera quelques projets de maisons de répit permettant une meilleure qualité de la fin de vie des malades et le soutien de leurs accompagnants.

4.18.3.2 Améliorer la qualité et l'efficience

Améliorer la qualité de la prise en charge palliative dans l'ensemble des structures de soins

La qualité passe tout d'abord par le respect des référentiels en terme de personnels mis à disposition auprès des patients en fin de vie afin qu'ils soient pris en charge le mieux possible et en leur accordant le temps qu'ils nécessitent.
La réflexion éthique, les échanges pluridisciplinaires et les supervisions externes doivent être mis en place au niveau de chaque structure dotée d'une reconnaissance de moyens en soins palliatifs.

Améliorer l'efficience des moyens de prise en charge

Des réflexions sur les mutualisations de compétences d'une part et sur les organisations coordonnées des différents services (USP, EMSP, LISP, réseaux, HAD) œuvrant à la prise en charge des personnes en fin de vie seront poursuivies sur l'ensemble de la région.

4.18.3.3 Déterminer les implantations par territoire

Améliorer la couverture régionale de l'offre de soins palliatifs

La répartition géographique des structures de prise en charge n'est pas tout à fait homogène dans la région et il faut veiller à couvrir les zones ne disposant pas encore de cette offre.
Les prévisions d'évolution de la population sont prises en compte et notamment, l'évolution des tranches d'âge de 60 ans et au delà, car il s'agit de la part majoritaire de la population prise en charge dans les structures de soins palliatifs. Ces prévisions d'évolution pointent en particulier les zones d'Aix en Provence, Toulon-Hyères, Martigues et Fréjus.

Prise en charge dans les Alpes de Haute Provence

USP		LISP		Organisation territoriale	
Implantations 2011	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**
	Digne (12 Lits)	Digne (3lits MCO)	Digne (3its MCO) Manosque (3 lits MCO)	EMSP inter hospitalière HAD Un réseau dissous	Organisation coordonnée : EMSP - HAD - Moyens du réseau - Libéraux

Prise en charge dans les Hautes Alpes

USP		LISP		Organisation territoriale	
Implantations 2011	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**
Gap (10 lits)	Gap (10 lits)	Briançon (4 lits MCO + 1 place HDJ) Embrun (2 lits MCO)	Briançon (4 lits MCO + 1 place HDJ) Embrun (2 lits MCO) Bassin de Gap (**4 lits SSR)**	EMSP inter hospitalière et un réseau	Organisation coordonnée :- EMSP - Moyens du réseau - Libéraux

Prise en charge dans les Alpes Maritimes

USP		LISP		Organisation territoriale	
Implantations 2011	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**
Nice (12 lits)	Nice (12 lits) Antibes (**12 lits** +2 places HDJ)	Nice (18 lits MCO et 4 lits SSR) Roquebillière (2 lits SSR) Levens (2 lits SSR) Antibes (8 lits MCO + 2 lits SSR) Grasse (6 lits MCO + 2 lits SSR) Cagnes/mer (4 litsMCO) Mougins (6 litsMCO)	Nice (**22** lits MCO + **2 lits de pédiatrie et 6 lits** SSR) Roquebillière (2 lits SSR) Levens (2 lits SSR) Antibes (8 lits MCO + 2 lits SSR)) Grasse (6 lits MCO + 2 lits SSR) Cagnes/mer (4 lits MCO) **Mougins** (6 lits MCO **+ 2 lits SSR**) **Cannes (4 lits MCO)** **Menton (2 lits MCO)**	2 EMSP intra hospitalières et des appartements de coordination thérapeutique sur Nice + EMSP inter hospitalière + Réseau et Libéraux + HAD	Organisation coordonnée : EMSP Création d'une plateforme territoriale sur l'ouest du territoire : Améliorer la coordination sur l'est du territoire

Prise en charge dans les Bouches du Rhône
(Hors Hôpital d'Instruction des Armées)

USP		LISP		Organisation territoriale	
Implantations 2011	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**
Marseille (34 lits) Aix en Provence (10 lits) Salon (5lits) Gardanne (24 lits + 5 places HDJ)	Marseille (34 lits) Aix en Provence (10 lits) Salon **(8 lits**) Gardanne (24 lits+ 5 places HDJ)	Marseille *(47 lits MCO et 16 lits SSR) Salon (2 lits MCO + 4 lits SSR) Arles (2 lits MCO) Aubagne (2 lits MCO) La Ciotat (2 lits MCO) Allauch (2 lits MCO) Aix en Provence (2 lits MCO) Martigues (3 lits MCO) La Roque d'Anthéron (2 lits SSR) Puy Ste Réparade (3 lits SSR) Bouc Bel Air (4 lits SSR)	Marseille *(**57** lits MCO **+ 3 lits de pédiatrie** MCO et **18** lits SSR) Salon (2 lits MCO + 4 lits SSR) Arles (2 lits MCO + **2 lits SSR)** Aubagne (2 lits MCO) La Ciotat (2 lits MCO) Allauch (2 lits MCO) Aix en Provence (**6** lits MCO **+ 4 lits SSR**) Martigues (3lits MCO) La Roque d'Anthéron (2 lits SSR) Puy Ste Réparade (3 lits SSR) Bouc Bel Air **(6** lits SSR	**EMSP extra hospitalières** 3 EMSP à Marseille 1 EMSP à Salon, 1 EMSP à Aix en Provence 1 EMSP à Gardanne Moyens du réseau et Libéraux **EMSP intra hospitalières** : 5 à Marseille 1 à Aix en Provence 1 à Martigues **1 EMSP inter hospitalière** Allauch Aubagne La Ciotat	**EMSP extra hospitalières** 3 EMSP à Marseille 1 EMSP à Salon, 1 EMSP à Aix en Provence 1 EMSP à Gardanne Moyens du réseau et Libéraux **EMSP intra hospitalières** : 5 à Marseille 1 à Aix en Provence 1 à Martigues **1 EMSP inter hospitalière** Allauch Aubagne La Ciotat

* *Hôpital d'Instruction des Armées inclus*

Prise en charge dans le Var

USP		LISP		Organisation territoriale	
Implantations 2011	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**
	La Seyne (12 lits MCO) Est var (10 lits MCO)	Toulon (9 lits MCO) La Seyne (3 lits MCO) Hyères (20 lits SSR) Draguignan (4 lits MCO) Fréjus (4 lits MCO +7 lits SSR)	Toulon *(15 lits MCO) La Seyne **(6** lits MCO) Hyères (20 lits SSR) Draguignan (4 lits MCO) Fréjus (4 lits MCO +7 lits SSR) **Brignoles (3 lits MCO)** **Gassin (2 lits SSR)**	1 EMSP intra hospitalière à Toulon 1 EMSP inter hospitalière sur Hyères 1 EMSP inter hospitalière à Fréjus 2 réseaux + HAD	1 EMSP intra hospitalière à Toulon 1 EMSP inter hospitalière sur Hyères 1 EMSP inter hospitalière à Fréjus 2 réseaux + HAD Améliorer la coordination sur l'ensemble du territoire

**Hôpital d'Instruction des Armées inclus*

Prise en charge dans le Vaucluse

USP		LISP		Organisation territoriale	
Implantations 2011	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**	**Implantations 2011**	**Implantations 2016**
Avignon (10 lits)	Avignon (10 lits)	Avignon (24 lits MCO) Vaison (6 lits MCO) Isle/la Sorgue (5lits MCO) Cavaillon (3 lits MCO)	Avignon (**19** lits MCO) Vaison (6lits MCO) Isle/la Sorgue **(5 lits MCO + 5 lits SSR**) Cavaillon (3 lits MCO) **Apt (2 lits MCO)** **Orange (4 lits MCO)**	2 EMSP à Avignon 1 EMSP à Vaison 1 EMSP Cavaillon Réseau + HAD	2 EMSP à Avignon 1 EMSP à Vaison 1 EMSP Cavaillon Réseau + HAD Améliorer la coordination sur l'ensemble du territoire

4.18.4 Suivi et indicateurs

Chaque structure rend un rapport annuel d'activité à l'ARS, précisant ses effectifs, ses différentes activités y compris le détail des prises en charge, selon le modèle régional établi par l'ARS.

L'équipe de recherche produira un rapport annuel d'activité pour l'ARS détaillant les missions accomplies pendant l'année écoulée, le rôle joué dans les projets et les contacts développés auprès des acteurs des soins palliatifs pour mener ces projets. Les indicateurs de production sont les suivants : Nombre de projets encadrés, Nombre de projets déposés, Nombre de projets financés : dont nombre de projets inscrits dans le cadre des PHRC en relation avec les soins palliatifs ou la fin de vie, Nombre de projets multi centriques PACA et nationaux, Montant financier mobilisé, Nombre d'inclusions faites, Nombre d'études en cours conformes au calendrier, Nombre de communications, Nombre de publications.

SOINS AUX PERSONNES DETENUES

4.19 Soins aux personnes détenues

4.19.1 L'existant et le contexte (année 2009)

4.19.1.1 L'offre : implantation des unités sanitaires

Dpt	Etablissements de santé somatique	Etablissements de santé psychiatrique	Etablissements pénitentiaires	Capacité 2009	Moyenne journalière	JDD totales
04	CH Digne	CH Digne				
05	CH Gap	CH Laragne	MA Gap	38	38	13 938
06	CH Grasse	CH Grasse	MA Grasse	574	755	275 597
	CHU Nice	CHU Nice	MA Nice	450	534	194 731
13	CHPA	CH Montperrin	MA Luynes	562	813	296 882
	CH Arles	CH Arles	MC Arles	45	38	3 387
	CH Salon	CH Montperrin	CD Salon	651	642	234 411
	CH Arles	CH Montfavet	CD Tarascon	697	701	242 090
	AP-HM	AP-HM	EPM	60	51	18 644
	AP-HM	AP-HM	CP Baumettes	1389	1969	718 689
83	CH Draguignan	CH Draguignan	CP Draguignan	367	529	193 263
	CHITS	CH Pierrefeu	CP La Farlède	567	781	284 928
84	CH Avignon	CH Montfavet	CP Le Pontet	601	800	292 041
				5994	**7659**	**2 785 516**

Maison d'arrêt : MA Centre de détention : CD Centre pénitentiaire : CP
Maison Centrale : MC Etablissement pénitentiaire pour mineurs : EPM
JDD : journées de détention

4.19.1.2 L'activité somatique et psychiatrique

Dpt	Etablissements pénitentiaires	Consultations somatiques							Consultations psychiatriques					
		Médecine générale		Spécialistes		Dentaires		IDE	Psychiatres		Psychologues		Actes Infirmiers	
		Nombre	par détenu	Nombre	par détenu	Nombre	par détenu	Nombre	Nombre	par détenu	Nombre	par détenu	Nombre	par détenu
04	Digne	452	10	0	0	50	1	11 634						
05	Gap	562	15	0	0	54	1		89	2	92	2	49	1
06	Grasse	4 421	6	1764	2	2651	4	75 429	1 929	3	4 892	6		
	Nice	6 926	13	1549	3	1915	4	66 315	3 655	7	1 160	2	3 553	7
13	Luynes	4 945	6		0	1900	2	33 268	2 560	3	1 484	2	5 093	6
	Arles	135	4	15	0	35	1	664	34	1	64	2	324	9
	Salon	3 888	6	1049	2	607	1	67 123	2 673	4	1 837	3	2 782	4
	Tarascon	4 569	7	595	1	2053	3	34 483	1 145	2	1 979	3	10 091	15
	EPM	426	8	0	0	258	5	2 139	760	15	413	8		

	Baumettes	5 978	3	3022	2	3550	2	207 926	17 450	9			19 791	10
83	Draguignan	3 208	6	223	0	1599	3	12 873	716	1	2 221	4	1 308	2
	La Farlède	7 445	10	204	0	1548	2	5 257	4 265	5	1 978	3	14 872	19
84	Le Pontet	5 431	7	380	0	735	1	16 742	2 128	3	1 892	2	26 682	33
	PACA	**47 934**	**6**	**8 801**	**1**	**16 905**	**2**	**522 219**	**37 404**	**5**	**18 012**	**2**	**84 545**	**11**

4.19.1.3 Les professionnels de santé

Dpt	Personnels en somatique							Personnels en psychiatrie				
	Etab. pénitentiaires	MG	Spécialistes	Dentistes	Infirmiers	Total ETP	Total ETP pour 100 détenus	Psychiatre	Psychologue	Infirmier	Total ETP	Total ETP pour 100 détenus
04	Digne	0,3	0	0,1	2	2,6	5,6	0,1	0,4	0	0,5	1,1
05	Gap	0,1	0	0	1	2,1	5,5	0,1	0,1	0,1	0,3	0,8
06	Grasse	1,6	0,3	1	5,8	13,6	1,8	0,9	3,9	1	6,2	0,8
	Nice	1,6	0,2	1	4,9	17,6	3,3	2,5	1,5	10	19,5	3,7
13	Aix - Luynes	1,8	0,3	1	5,2	12,1	1,5	2,5	3	3	9,1	1,1
	Arles	0,5	0,1	0,1	2	5,2	13,7	0,4	0,1	1	2	5,3
	Salon	1	0,4	0,4	4,8	11,1	1,7	1	2	2	5,6	0,9
	Tarascon	1	0,2	0,5	5,3	12,5	1,9	1	2,5	2,8	7,1	1,1
	Marseille - EPM	0,3	0	0,2	2	3,5	6,9	0,3	1	0	1,3	2,5
	Marseille - Baumettes	3,1	2,4	2,4	22,4	36,8	1,9	8	3,9	16,6	34,1	1,7
83	Draguignan	1,5		0,6	5,4	10,5	2	0,6	2	1,5	4,6	0,9
	Toulon - La Farlède	1,8	0,2	1	8,6	18,5	2,4	2,8	2,5	4,5	11,9	1,5
84	Avignon - Le Pontet	1,5	4	0,4	7	19,9	2,5	3	3	5,3	12,1	1,5
	PACA	**16,1**	**8,1**	**8,7**	**76,4**	**165,9**	**2,2**	**23,2**	**25,9**	**47,8**	**114,2**	**1,5**

Commentaires :

L'offre de soins apportée par les établissements de santé est globalement satisfaisante :

- au sein des établissements pénitentiaires : les unités sanitaires, somatiques et psychiatriques, sont dotées de personnels compétents, d'un équipement qui s'améliore au fil des ans et réalisent une activité toujours croissante. Il faut néanmoins porter une attention particulière à la prise en charge des problèmes d'addictologie et à l'offre en soins dentaires.
- Dans les unités d'hospitalisation sécurisée interrégionale (UHSIR) et dans les chambres sécurisées pour les hospitalisations de courte durée.

Des difficultés persistent :

- pour les extractions des patients (qui ne sont pas toujours réalisées dans des délais convenables) et pour leur surveillance par les personnels de police au sein des établissements de santé.
- pour les hospitalisations psychiatriques sous contrainte, il est nécessaire d'améliorer, dans les services de psychiatrie, les conditions d'accueil et de soins des patients détenus.

Le dispositif d'hospitalisation psychiatrique sera complété en 2014 par une unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) à Marseille.

4.19.2 Evolutions prévisibles

4.19.2.1 La démographie des professionnels

La diminution du nombre de médecins dans les cinq prochaines années aura un impact négatif sur la présence médicale dans les unités sanitaires.

D'ores et déjà la présence des chirurgiens dentistes est devenue très problématique.

4.19.2.2 Les structures pénitentiaires

Des évolutions sont prévues :

- La réorganisation du centre pénitentiaire de Marseille avec la création de Baumettes - 2 (500 places) et Baumettes-3 (700 places).
- Le centre de détention supplémentaire de 700 places sur Aix Luynes.
- La reconstruction du centre de détention de Draguignan.

4.19.2.3 L'évolution des besoins de santé

La morbidité psychiatrique de la population pénale s'accroît et s'aggrave (responsabilisation pénale accrue des délinquants malades mentaux, précarisation sanitaire et sociale des personnes souffrant de troubles mentaux en population générale)

Les addictions et les pathologies infectieuses chez les entrants en prison :

- plus de la moitié des entrants présentent un problème lié à une consommation de substances psycho actives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes) nécessitant une prise en charge.
- la fréquence des comorbidités infectieuses et psychiatriques est particulièrement élevée.

4.19.3 Objectifs

4.19.3.1 Organiser le parcours du patient

Eviter les ruptures de droits et de soins, en s'appuyant sur un parcours « domicile-détention » à l'entrée en détention, lors d'un transfert entre établissements pénitentiaires et au moment de la libération de la personne.

- Déterminer un projet médical commun
  L'élaboration de ce projet, commun entre le somatique, la psychiatrie et l'addictologie, est un élément clé de cette bonne articulation. Ce projet traitera du parcours durant la détention (accueil des arrivants, suivi médical durant la détention, préparation des relais à la sortie) et de la réponse à l'urgence.

- Formaliser et mettre en place une organisation coordonnée
  Cette formalisation passe par une bonne articulation entre les soins somatiques, psychiatriques et l'addictologie et par le développement des systèmes d'information.

- Développer la télémédecine (lien avec le volet télémédecine du SROS)
  La télémédecine est à privilégier notamment dans l'optique d'améliorer les soins en prison en raison de la difficulté des extractions pour consultation à l'hôpital.

- Organiser les relais sanitaires et sociaux à la sortie
  Ces relais sont indispensables, en amont et en aval de la détention, pour éviter les ruptures de prise en charge pour les personnes suivies durant leur détention par une équipe médicale. Toute personne doit pouvoir bénéficier à sa sortie de prison d'une proposition concrète pour une prise en charge adaptée à ses besoins.

4.19.3.2 Améliorer la qualité et l'efficience

- Objectiver l'état de santé des personnes détenues

Etablir un suivi épidémiologique sur quelques indicateurs ciblés, sanitaires et sociaux

- Faire connaître la médecine en milieu pénitentiaire pour attirer les professionnels

- Développer les formations initiales et continues des professionnels de santé pour favoriser les recrutements et l'adaptation à l'emploi et faire agréer de nouveaux terrains de stage pour les internes en médecine

- Elaborer, diffuser et accompagner des recommandations régionales sur les pratiques professionnelles

- Instaurer des réunions régulières ARS/Service universitaire de l'AP-HM/professionnels pour formaliser des recommandations sur des pathologies fréquentes en milieu pénitentiaire et sur les pratiques professionnelles

4.19.3.3 Recommandations pour les établissements

- ***Recommandations communes***
  - Elaborer un projet médical commun entre le somatique, la psychiatrie et l'addictologie
  - Actualiser les protocoles relatifs à la prise en charge sanitaire des personnes détenues
  - Poursuivre l'informatisation des unités sanitaires
  - Organiser une offre de soins graduée en psychiatrie et réaffirmer le rôle de coordination régionale du service médico-psychologique régional (SMPR) de Marseille, en lien avec le SMPR de Nice.
  - Conventionner avec les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de référence
  - Pérenniser l'offre de soins dentaire
  - Assurer une préparation à la sortie pour les sortants de prison
  - Permettre l'accueil dans l'unité psychiatrique intersectorielle départementale (UPID) du CH Pierrefeu de patients détenus en provenance d'établissements pénitentiaires de la région.

- ***Recommandations spécifiques***
  - CHU Nice et CH Sainte-Marie (Maison d'arrêt de Nice)

Impliquer les établissements hospitaliers sur le programme architectural de l'unité sanitaire dans le cadre de la construction d'une nouvelle maison d'arrêt à Nice (2015), relocaliser et aménager dans le pôle des urgences du nouvel hôpital Pasteur 2 les chambres sécurisées, créer un centre médico-psychologique (CMP) relais post incarcération au CH Sainte-Marie, programmer l'ouverture de l'UHSA (40 lits).

- CH Grasse (Maison d'arrêt de Grasse)
  Impliquer les équipes sanitaires dans le projet d'extension de l'unité sanitaire, développer la prise en charge en pédopsychiatrie et l'ouverture d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

- AP-HM (Centre pénitentiaire de Marseille, EPM, UHSIR et UHSA)
  Suivre les travaux concernant l'unité sanitaire des Baumettes, gérer la prise en charge sanitaire durant la période transitoire jusqu'à l'ouverture complète des deux sites (Baumettes 2 et 3), réévaluer les besoins en prestations, somatiques et psychiatriques à l'EPM, améliorer la prise en charge des mineures incarcérées avec les femmes, réétudier le dimensionnement de l'UHSIR (rapport IGAS/IGS), et finaliser l'UHSA.

- CHPA et CH Montperrin (Maison d'arrêt d'Aix-Luynes)
  Maintenir la polyvalence des personnels médicaux et soignants entre le service des urgences et l'UCSA, installer deux chambres sécurisées au CHPA à proximité du service des urgences et engager une réflexion avec l'AP-HM pour assurer les autres hospitalisations de courte durée à l'UHSI (notamment dans le cadre de l'ouverture du deuxième établissement pénitentiaire de Luynes), renforcer les groupes de parole pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel au sein du CATTP (AICS).

- CH Salon-de-Provence et CH Montperrin (Centre de détention de Salon-de-Provence)
  Répondre à la spécialisation du centre de détention de Salon pour recevoir les AICS avec création au sein du CD d'un CATTP pour répondre aux besoins de cette population et au CH de Montperrin d'un centre de consultations spécialisées, lieu de soins pour des personnes sortant de prison, qui demandent la poursuite de leurs soins. Ce travail doit s'articuler avec l'équipe intervenant à Luynes et le Centre Ressource Régional des AICS.

- Etablir, sur Luynes et Salon, un protocole précisant le partenariat entre l'unité de consultation et de soins ambulatoires(UCSA), le service de soins psychiatriques ambulatoires aux personnes détenues (SPAD), le CSAPA en matière de prise en charge des addictions ainsi que les articulations avec les services pénitentiaire et le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).

4.19.4 Le suivi et les indicateurs

Objectif général	Objectif opérationnel	Indicateur	Source
Organiser le parcours du patient	déterminer un projet médical commun	nb d'unité sanitaire ayant élaboré un projet médical commun	enquête annuelle établts
Organiser le parcours du patient	formaliser une organisation coordonnée	nb d'unité sanitaire ayant mis en place le dossier médical unique	enquête annuelle établts
Organiser le parcours du patient	développer la télémédecine	nb d'expérimentation de télémédecine en cours, par type	ARS - prog télémédecine
Organiser le parcours du patient	organiser les relais sanitaires et sociaux	mise à disposition des unités sanitaires d'un cahier des charges de la consultation de sortie	groupe régional APHM-ARS
Organiser le parcours du patient	organiser les relais sanitaires et sociaux	nb de places d'hébergement dédiées	groupe de travail ARS-DRJ
Organiser le parcours du patient	organiser les relais sanitaires et sociaux	nb de places en appartement de coordination thérapeutique dédiées	ARS - SROMS
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de déclaration obligatoire (par type)	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de personnes en ALD par ALD	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de décès en détention par type de décès	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de personnes sous TSO, par type	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	objectiver l'état de santé	nb de personnes avec la CMUC lors de la consultation de sortie	système national OSSD
Améliorer la qualité et l'efficience	faire connaître la médecine en prison	nb d'internes en stage dans les lieux agréés	données annuelle ARS
Améliorer la qualité et l'efficience	faire connaître la médecine en prison	nb d'étudiants dentaires en stage en milieu pénitentiaire	données annuelle ARS
Améliorer la qualité et l'efficience	faire connaître la médecine en prison	nb d'infirmiers en stage en milieu pénitentiaire	données annuelle ARS
Améliorer la qualité et l'efficience	faire connaître la médecine en prison	nb d'aides soignantes en milieu pénitentiaire en formation d'assistante dentaire	enquête annuelle établts
Améliorer la qualité et l'efficience	élaborer des recommandations	nb de recommandations validées (somatique, psychiatrie, addictologie)	groupe régional APHM-ARS

5 Autres domaines d'organisation de l'offre de soins

5.1 Eléments planification biologie médicale

5.1.1 Contexte de la reforme

L'article 69 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, dite loi HPST, du 21 juillet 2009 a permis au gouvernement de réformer, par voie d'ordonnance, les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale.
Cette réforme est l'aboutissement d'études réalisées depuis le milieu des années 2000. Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), en 2006, a posé les bases de la nécessité de réformer la Biologie, en constatant que, malgré un niveau global de qualité des examens satisfaisant, il restait des insuffisances incompatibles avec les besoins en matière de santé publique.
Ensuite, le rapport dit ''Ballereau'' de 2008 a jeté les bases de la réforme actuelle qui intervient 33 ans après la dernière réforme générale de la biologie (la loi du 11 juillet 1975) et 20 ans après l'instauration des Sociétés d'Exercice Libéral.

Ainsi l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale, est une réforme qui entreprend un changement en profondeur des conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires et vise à préparer l'avenir de la biologie médicale.

Elle comprend plusieurs mesures phares :

- La médicalisation
  Un examen de biologie médicale (qui comprend la phase pré-analytique, analytique et post-analytique) devient un acte médical et nécessite le renforcement du dialogue entre biologistes et cliniciens. Le rôle de conseil du biologiste pour une meilleure prise en charge du patient est affirmé.

- L'accréditation
  L'accréditation est délivrée par le Comité français d'accréditation (Cofrac), organisme national d'accréditation. Elle devient obligatoire pour tous les laboratoires de biologie médicale, dans un délai de six ans. Elle concerne l'ensemble des trois phases pré analytique, analytique et post analytique (sans changement par rapport à 2010, propositions loi Fourcade sanctionnées par le CE).

- La coopération
  La réglementation devient identique pour l'hôpital et la ville. La coopération entre les secteurs public et privé est facilitée, notamment au travers des groupements de coopération sanitaire. Les laboratoires de biologie médicale peuvent se regrouper en laboratoire multi-sites.

- La pluralité de l'offre de biologie médicale par une organisation territoriale
  La réforme vise à assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins, en conduisant à la fois à un regroupement des laboratoires préexistants et au maintien d'une limite territoriale de l'activité du laboratoire.

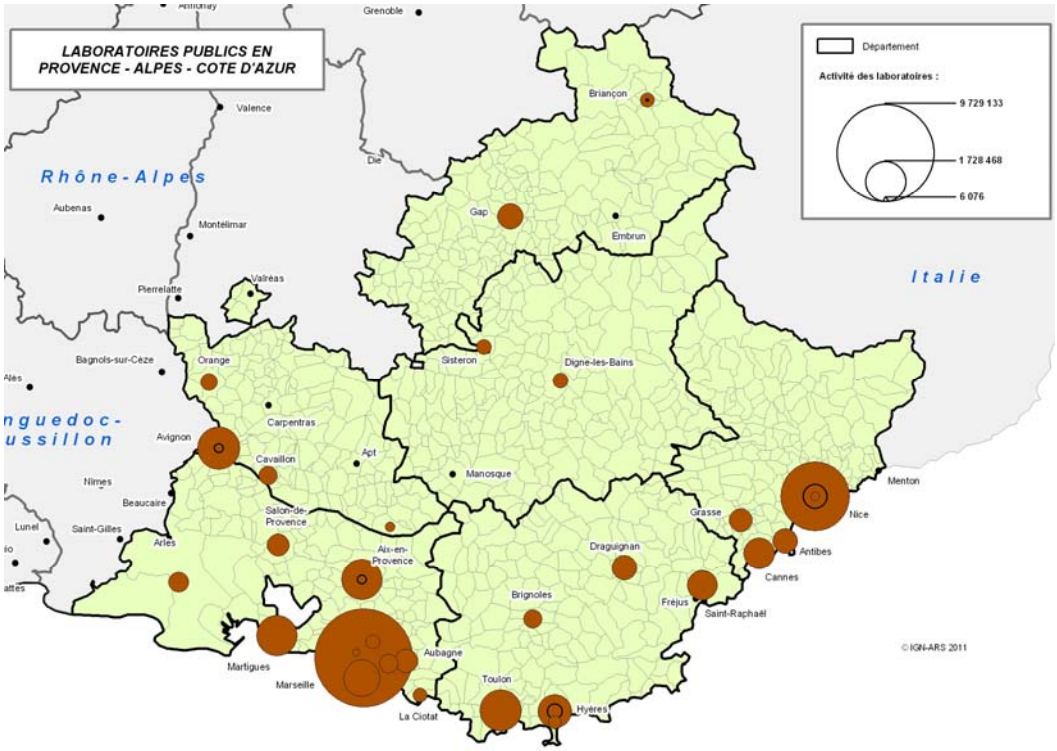
- L'édiction de règles prudentielles
  Jusqu'au 13 janvier 2010, l'implantation des laboratoires de biologie médicale (LBM) privés était libre, bien que soumise à autorisation, liée au respect de critères techniques. Désormais, un LBM peut comporter plusieurs sites, sans étendre ses activités sur plus de 3 territoires de santé limitrophes et le directeur général de l'agence régionale de santé

peut s'opposer, sous certaines conditions, à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site, à une opération d'acquisition ou de fusion de laboratoires de biologie médicale, afin d'éviter des positions monopolistiques d'opérateur sur un territoire de santé.

Les données d'activité des laboratoires cumulent à la fois le secteur public et le secteur privé. Elles seront utilisées pour définir dans le cadre du SROS, les besoins de la population exprimés en nombre d'examens de biologie médicale par territoire de santé. Cet élément déterminé, permettra de contrôler les futures implantations de laboratoires issus d'opérations de fusion, acquisition ou prise de participation.
Ainsi, cette régulation permettra de maintenir une diversité de l'offre par territoire de santé.

5.1.2 Présentation des données relatives a la biologie medicale en Paca

5.1.2.1 Biologie hospitalière



Les laboratoires hospitaliers sont localisés au sein des établissements sanitaires publics disposant à minima de services d'urgence, de chirurgie et d'une maternité. Néanmoins, on observe la présence de laboratoire au sein de quatre centres hospitaliers spécialisés, il en est de même pour les deux centres régionaux de lutte contre le cancer. Au total la région Paca dispose de 35 laboratoires de biologie médicale répartis comme suit :

	CH	PSPH	CHS	CRLC
04	2			
05	2			
06	4	1	1	1
13	8	1	2	1
83	7			
84	4		1	

PSH : établissement participant au service public – CHS : centre hospitalier spécialisé- CRLC : centre anti-cancéreux

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) développe la plus grosse activité régionale de 9 700 000 examens, dont 29% d'examens hors nomenclature, ce qui traduit une intense activité de biologie spécialisée. L'activité biologique de l'AP-HM est prépondérante, elle représente 30% de la biologie publique régionale.
En ce qui concerne le CHU de Nice, son laboratoire de biologie médicale recense environ 4 800 000 examens.

A noter que la biologie des centres hospitaliers de Manosque, de Carpentras, d'Apt est externalisée auprès de laboratoires du secteur libéral.

Par ailleurs, l'Etablissement français du sang (EFS) contribue à l'offre de la biologie médicale en réalisant les examens d'immuno-hématologie dans la perspective d'une transfusion sanguine. Les sites de l'EFS sont implantés à Gap, Cannes, Saint Laurent du Var, Aix en Provence, Arles, Marseille (3sites), Toulon et Avignon.

5.1.2.2 Biologie libérale

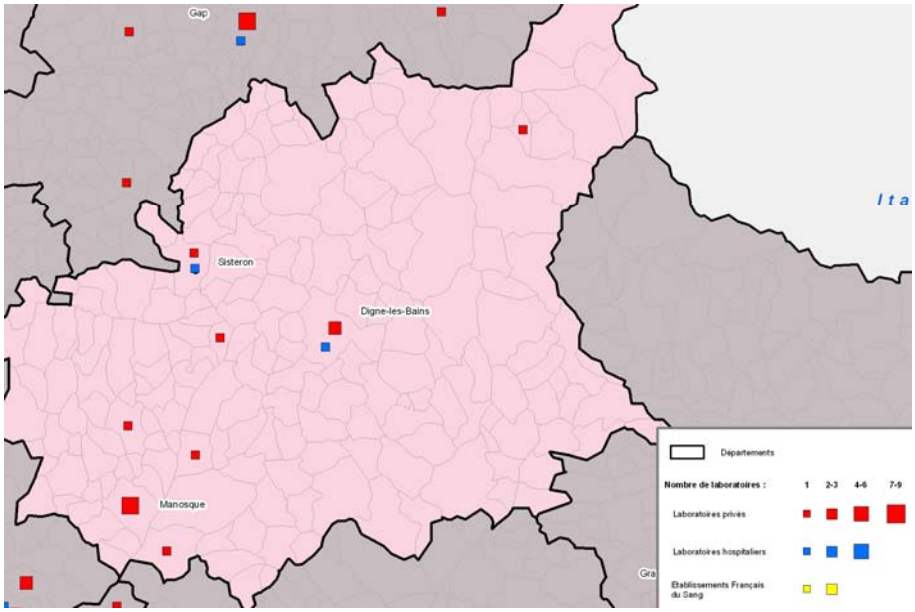
Le recueil des activités de l'ensemble des 596 laboratoires de biologie médicale est en cours.

5.1.2.2.1 Données démographiques

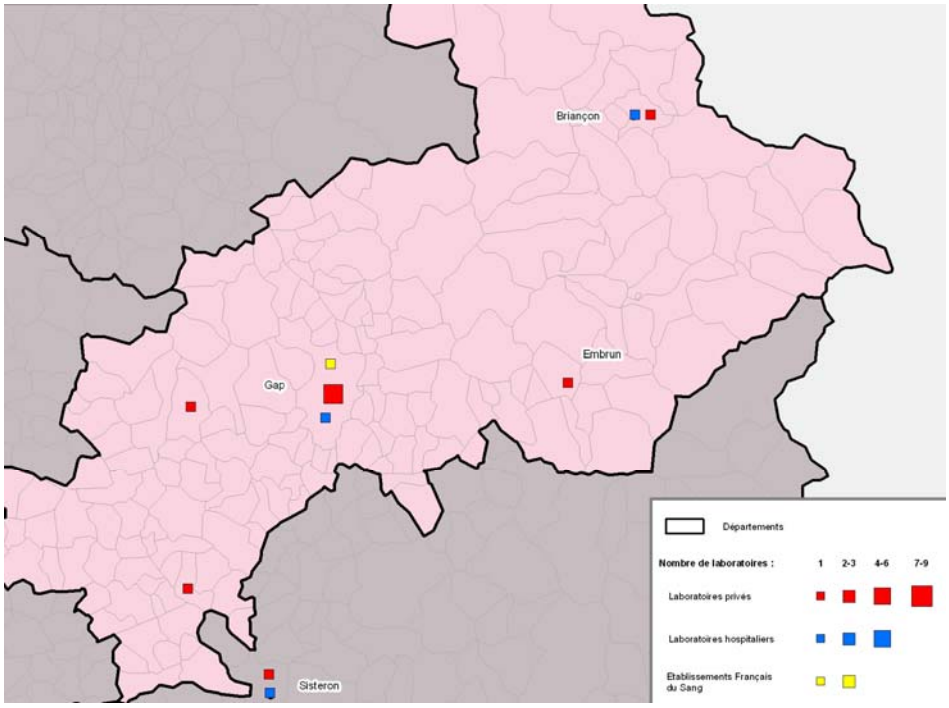
Les chiffres de la métropole objectivent une implantation d'un laboratoire de biologie médicale privé pour 22 000 habitants. La densité régionale de l'offre de la biologie médicale régionale s'élève approximativement à trois fois la moyenne nationale, elle se décline selon les départements comme suit :

	laboratoires privés	Nb habitants/ laboratoires privés	Laboratoires établissement de santé (hors armées)
Département 04	12	1/**13 000**	2
Département 05	9	1/**14 700**	2
Département 06	132	1/ **8 200**	7
Département 13	284	1/**7 000**	12
Département 83	107	1/**9 300**	7
Département 84	52	1/**10 300**	5
PACA	**596**	1/**8 100**	**35**

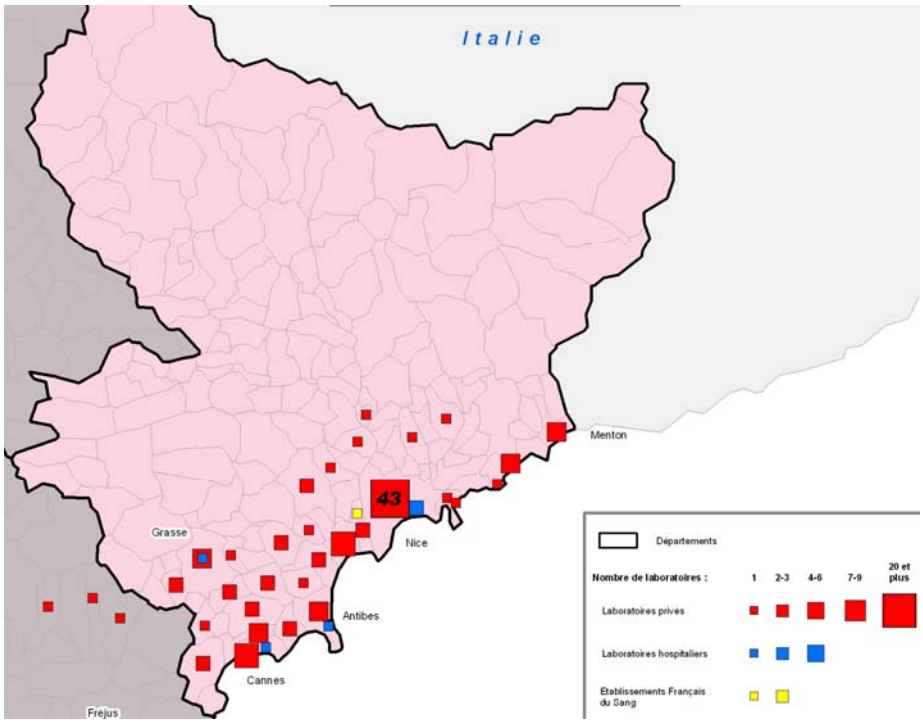
5.1.2.2.2 Cartographie des laboratoires de biologie médicale secteur libéral par territoire



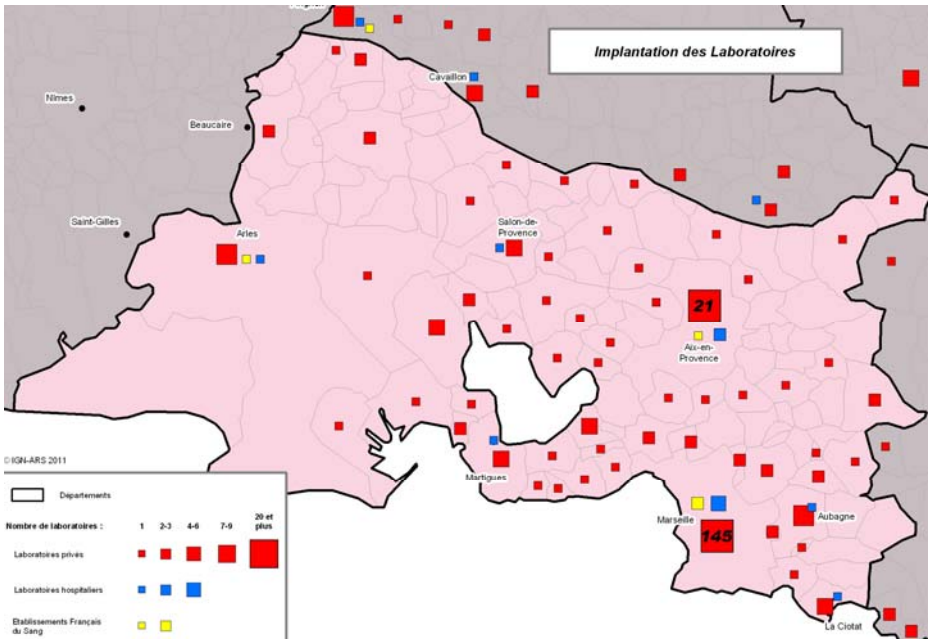
Territoire Alpes de Haute Provence



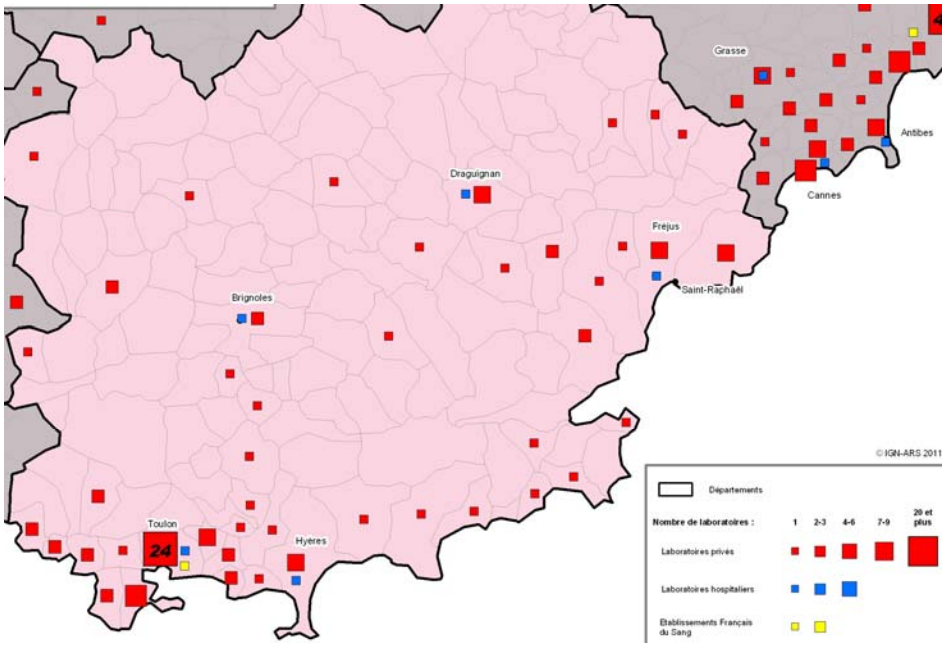
Territoire Hautes Alpes



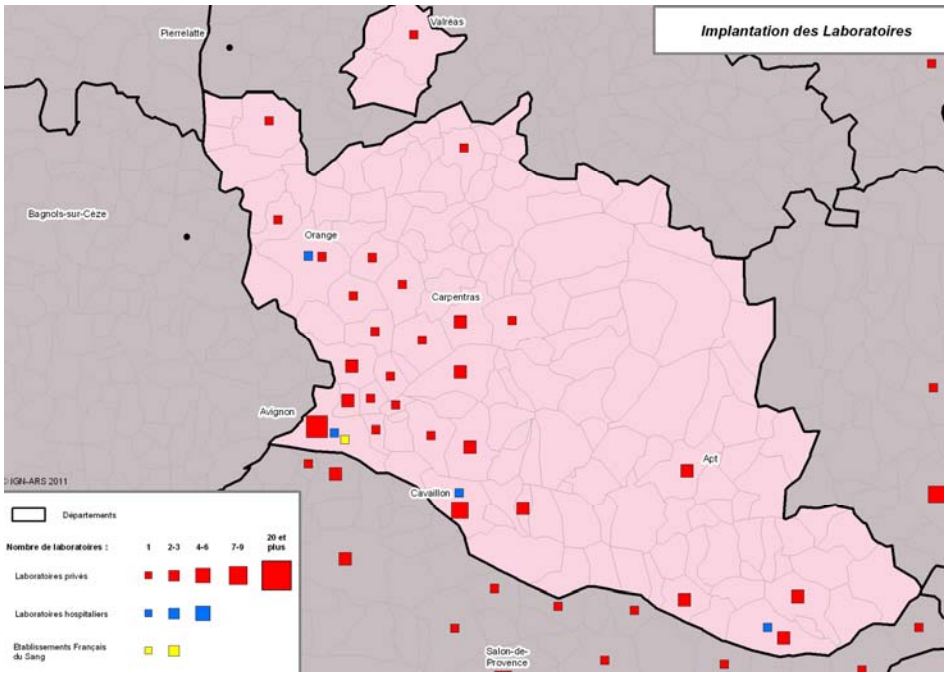
Territoire Alpes Maritimes



Territoire Bouches du Rhône



Territoire Var



Territoire Vaucluse

5.1.2.3 Couverture des besoins de la population

Au regard des éléments précités, l'ensemble des six territoires de santé sont sur-dotés en terme d'implantations de laboratoires de biologie médicale. Les besoins de la population sont couverts pour les six départements de la région Paca. Cependant, en cas de zone distante d'un laboratoire, l'article L 6211-13 permet à un professionnel de santé de réaliser la phase pré-analytique dans le respect du processus d'accréditation.

5.1.2.4 Avancée dans la démarche d'accréditation

La mise en conformité (à la norme NF EN ISO 15189, complétée le cas échéant par la norme NF EN ISO 22870) concerne tous les laboratoires publics et privés. Il est à noter que l'absence d'accréditation du LBM hospitalier remet en cause la certification de l'établissement de santé. Il est donc impérieux pour tout établissement de santé de s'assurer que son laboratoire s'est effectivement engagé dans la démarche d'accréditation.
Le calendrier provisoire, au regard des dernières évolutions réglementaires (texte voté de l'Assemblée Nationale présenté à la présidence du sénat le 24/05/2011), est le suivant :

- 1er novembre 2013 au plus tard: preuve d'entrée dans l'accréditation.
- 1er novembre 2016 : date limite d'obtention de l'accréditation « sur 100% des analyses »

Dès le mois de novembre 2016, seuls les laboratoires de biologie médicale accrédités sur 100% des examens pourront fonctionner.

5.1.3 Perspectives d'évolution

5.1.3.1 Orientations nationales

➢ **Accompagner la mise en œuvre de la réforme, qui poursuit notamment des objectifs d'efficience et de qualité des pratiques.**

Le regroupement des laboratoires contribue à atteindre cet objectif et doit donc être facilité. Il appartient cependant à l'ARS de veiller :

- à l'équilibre de la répartition de l'offre de biologie médicale afin de maintenir un accès aisé de la population à l'offre de biologie
- à apporter des réponses aux urgences médicales

Pour cela, les règles relatives à la répartition territoriale prévues aux articles **L. 6222-2, L.6222-3** du code de la santé publique sont applicables[85].

Il s'agit en particulier d'apprécier si l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale (LBM) ou d'un site d'un LBM aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population (article L. 6222-2 du code de la santé publique).

➢ **Fixer dans le SROS des règles d'implantation territoriale pour les LBM publics et privés, afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale.**

Les implantations de laboratoire de biologie médicale (ou de leurs sites) doivent être dictées par les besoins de la population. A l'issue de la compilation de l'offre de la biologie, un ratio d'examens par habitant permettra de connaître les éventuelles parcelles de territoire de santé présentant une insuffisance de l'offre d'examens de biologie médicale (art. L. 6222-5[86] du CSP). Ainsi, les nouvelles implantations résultant d'un « transfert » de site existant ou de création de sites doivent également répondre à la satisfaction d'un besoin de la population hors d'une logique strictement concurrentielle.

5.1.3.2 Perspectives régionales

Les laboratoires de biologie médicale implantés sont en mesure d'assurer un maillage territorial satisfaisant, ils peuvent également absorber les conséquences des évolutions démographiques de la région. Les activités très spécialisées ou innovantes recourent à des plateaux techniques régionaux ou nationaux. Pour l'instant, une partie des analyses très spécialisées est réalisée au sein des laboratoires des CHU.

Les évolutions attendues de l'offre de la biologie pour les établissements de santé reposent sur la mutualisation de moyens pour permettre la réussite du processus d'accréditation, organiser une permanence de l'offre pérenne, et résoudre les problématiques inhérentes à l'éloignement géographique. L'élargissement de l'activité des laboratoires publics pour répondre aux besoins du secteur ambulatoire doit être une piste de travail. Les modes de coopération prévus par la loi HPST et

---

85 « Art. L. 6222-2. − 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 le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins dans les conditions prévues à l'article L. 1434-9.
« Art. L. 6222-3. − Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer, pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur le territoire de santé infrarégional considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25 % du total des examens de biologie médicale réalisés.

86 « Art. L. 6222-5 - Les sites du laboratoire de biologie médicale sont localisés soit sur le même territoire de santé infrarégional, soit sur deux et au maximum sur trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes, sauf dérogation prévue par le schéma régional d'organisation des soins et motivée par une insuffisance de l'offre d'examens de biologie médicale.

notamment les communautés hospitalières de territoire (CHT) ou les groupements de coopération sanitaire de moyen (GCS de moyens) sont des outils pour optimiser les ressources.

Il est important que les CHT considèrent l'activité de biologie médicale, et que les projets de mutualisation de laboratoires soient en cohérence avec les objectifs des CHT.

L'immuno-hématologie est une discipline très sensible avec de forts enjeux sanitaires. Actuellement elle est partagée entre les laboratoires de l'EFS, et les laboratoires publics ou privés. Elle exigera une articulation forte avec le futur schéma d'organisation de la transfusion sanguine. Cependant, il semble important de recommander que, les laboratoires de biologie médicale participant aux examens d'immuno-hématologie receveur, puissent répondre en permanence aux urgences. En outre, les exigences de fonctionnement imposeront une accréditation partielle Cofrac pour cette discipline, et une connexion ERA pour la transmission des résultats des receveurs vers l'EFS. Par ailleurs, il conviendrait de maintenir l'activité de biologie médicale pour tout dépôt de délivrance de produit sanguin localisé à plus de 50 minutes de transport d'un établissement siège d'EFS.

Les projets en cours de restructuration impliquant des laboratoires publics en région Paca :

- les laboratoires de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (regroupements),
- les laboratoires du CHU de Nice qui se regrouperaient avec le laboratoire de la fondation Lenval, ainsi qu'avec le CHS Sainte Marie,
- les centres hospitaliers du CH Pays d'Aix et de Pertuis,
- les centres hospitaliers de La Ciotat et d'Aubagne.

La permanence de l'offre de biologie médicale devra être assurée. Elle s'impose à tous les laboratoires qui assurent une prestation aux établissements de santé, notamment ceux disposant de service de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Les conditions de cette permanence exigeront une évolution des systèmes d'information.

Les regroupements concernant la biologie libérale sont une étape primordiale pour se préparer à l'accréditation. Ceci est particulièrement fondé en région Paca, laquelle compte un grand nombre de laboratoire de biologie médicale de taille modeste. Ces restructurations réalisées par fusion absorption mobilisent des ressources financières importantes non extensibles. La situation connue au mois de mai 2011, indique que 265 sites correspondant aux « ex laboratoires d'analyses de biologie médicale » sont regroupés en LBM multi-sites selon la répartition par territoire de santé :

	regroupement	Effectif en site	% labo.regroupés
Département 04	1 LBM	4 sites	30 %
Département 05	0 LBM	0 sites	0 %
Département 06	9 LBM	56 sites	42 %
Département 13	21 LBM	137 sites	48 %
Département 83	8 LBM	45 sites	42 %
Département 84	5 LBM	24 sites	46 %
Région Paca	44 LBM	265 sites	44 %

Situation mai 2011 restructuration laboratoire biologie médicale

Malgré les nombreux projets de regroupement en préparation, au regard des ressources nécessaires et de la culture qualité à déployer, une part significative de laboratoire de biologie médicale sera en échec face aux exigences de l'accréditation.

Au final, la réforme de la biologie médicale va fortement remodeler le paysage de la biologie médicale en France, et le Cofrac va dessiner son panorama. En région Paca, au terme de l'échéance de novembre 2016, les implantations des laboratoires de biologie médicale et leurs organisations vont subir des transformations majeures. Une nouvelle évaluation des implantations des LBM sera nécessaire.

5.2 Eléments de planification transfusion sanguine

La mise à disposition des établissements de santé (ES) de produits sanguins labiles (PSL) est assurée par un maillage coordonné des sites de l'établissement français du sang (EFS) et des dépôts de sang des ES. Leurs implantations relèvent du schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS) élaboré par l'EFS, soumis après avis technique des coordonnateurs régionaux de l'hémovigilance à autorisation de l'ARS, puis signé par le ministre de la santé. Il a pour objectif d'assurer H24 l'approvisionnement et la disponibilité en PSL adaptés aux 135 ES transfuseurs de la région, tant pour les transfusions urgentes que pour les programmées.

Des conventions inter-établissements (ES-ES avec dépôt) peuvent utilement compléter le dispositif exclusivement pour l'urgence vitale immédiate. Elles ne relèvent cependant pas du SOTS.

Le maillage en 2011 ne comporte plus le Centre de Transfusion Sanguine des Armées (CTSA). Il comprend :

- 9 sites EFS,
- 9 dépôts de délivrance qui attribuent directement les PSL aux patients,
- 5 dépôts relais dans lesquels les PSL sont entreposés après délivrance nominative par l'EFS,
- 10 dépôts d'urgence qui ne disposent que de produits réservés à l'urgence vitale (Concentrés de globules rouges O+ et O-, avec ou sans plasmas AB)
- et 24 dépôts mixtes (relais et urgence vitale).

Les principaux critères d'implantation des dépôts sont : les délais d'approvisionnement notamment en urgence, les types d'activités assurés dans l'établissement, le nombre de PSL transfusés.

Le SOTS doit être en adéquation avec le SROS, sa déclinaison doit suivre en temps réel l'évolution des restructurations et des modifications d'activités, particulièrement en matière de chirurgie, d'urgence, d'obstétrique, de réanimation, de cancérologie et d'hématologie. Une attention particulière doit être portée aux structures d'HDJ pratiquant la transfusion sanguine. Celle en HAD pourrait se développer, mais les besoins en temps médicaux et paramédicaux associés à une trop faible valorisation de l'acte transfusionnel sont des facteurs limitant actuels. L'implantation progressive des sites de l'EFS dans les plus gros ES va se poursuivre au cours des prochaines années, ce qui permettra aux principaux consommateurs de disposer rapidement, et sans surcoût lié aux transports et à l'entreposage, des PSL nécessaires à leur activité. Mais d'autres ES moins importants, devront y faire face, avec parfois la mise en place d'un dépôt de sang.

La réglementation actuelle ne permet pas à un dépôt de délivrer des PSL à une autre structure juridique que celle à laquelle il appartient en dehors de l'urgence vitale, et dans le cadre d'une convention inter établissements. Cette situation pose de nombreux problèmes tant sur le plan sécuritaire qu'économique. Elle va à l'encontre des mutualisations de moyens privilégiées dans le cadre des restructurations en cours. Dans l'attente d'une évolution réglementaire (propositions en cours), des solutions transitoires doivent être recherchées au cours de ce SROS afin que des dépôts desservent les établissements d'un strict même lieu (pôle santé…).

L'évolution des pratiques conditionne aussi cette organisation avec notamment le recours plus précoce et en nombre au plasma frais congelé au cours des hémorragies massives, ou importantes et rapides, ce qui va conduire à positionner des réserves de plasma dans la plupart des dépôts d'urgence vitale et de délivrance. La part importante des hémorragies digestives liées ou non aux traitements anticoagulants et antiagrégants plaquettaires nécessite une réflexion particulière.
L'augmentation progressive des besoins observée depuis ces dernières années (facteur âge, prise en charge élargie en hémato-cancérologie) fait l'objet d'une anticipation quantitative et qualitative. L'informatisation de la gestion des dépôts et des modalités de délivrance, facteur de sécurité devra être généralisée à tous les dépôts de délivrance, relais et mixtes avant ou lors du renouvellement des autorisations actuelles.

La DGS, la DGOS et l'EFS recommandent que la réalisation des examens immuno hématologiques des receveurs soit effectuée par le laboratoire du site EFS, ou du dépôt qui délivrent les PSL. Il conviendra de mettre en œuvre ces recommandations en prenant en compte les situations particulières de certains établissements, notamment leur éloignement. L'organisation de ces analyses et de leur efficience pour la délivrance des PSL devra faire l'objet d'une réflexion au sein de chaque établissement.

Le dispositif de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance mis en œuvre depuis plusieurs années est un révélateur puissant des problèmes qui impactent la qualité et la sécurité de l'ensemble des soins, telle la maîtrise de la gestion de l'identité des patients. Des indicateurs de suivi (5) seront proposés dans l'annexe qualité des CPOM, à savoir

- Tenue de CSTH 6/3ans (soit au minimum 2/an),
- Déclarations d'évènements indésirables receveur : 3 EIR/1000 PSL annuellement et sur 3ans,
- Déclaration d'incident grave de la chaîne transfusionnelle ou mieux, Analyse "a priori" de la chaîne transfusionnelle
- Participation tous les ans, à un EPP et à un audit de pratique transfusionnelle, comportant des analyses de pertinence ou des retards aux transfusions sanguines.
- Participation à la cellule d'identitovigilance de l'établissement.

Il conviendra aussi de suivre l'impact des évolutions en termes d'implantation et d'activité des sites EFS Alpes Méditerranée sur le maillage régional, et sur la mise à disposition des produits. De même celui du regroupement des activités de qualification biologique des dons sur quatre plateaux techniques nationaux (Montpellier pour la région PACA) pour les plaquettes notamment.

6 Principes pour la mise en œuvre et le suivi

Le suivi et l'évaluation du SROS seront réalisés sur l'évolution des indicateurs retenus. L'exercice de suivi annuel permet de dresser des bilans réguliers sur les moyens, et les réalisations et les résultats. Il sera réalisé par l'ARS.

L'évaluation de la politique globale mise en œuvre sera réalisée à mi parcours (2013) et au terme du plan (2016). L'évaluation à mi parcours interrogera la pertinence, la cohérence et les premières réalisations. Elle doit permettre d'opérer des réorientations stratégiques ou opérationnelles. L'évaluation finale, outre ces questions, pourra aborder les questions de résultats et d'impact. Pour garantir l'indépendance et la mise à distance de la démarche d'évaluation, un prestataire externe sera choisi après appel d'offres pour la réaliser.

7 Glossaire

3C	Centres de coordination en cancerologie
ABM	Agence de la biomédecine
ACA	Anesthésie et chirurgie ambulatoires (unité d'…)
ACS	Aide à la (sosucription d'une assurance) complémentaire santé
ADELI	Système d'information national sur les professionnels de la santé et du social
ADN	Acide désoxy-ribo-nucléïque (molécule porteuse de l'information génétique dans le noyau des cellules)
AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement
AFSSAPS	Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé
AICS	Auteurs d'infractions à caractère sexuel
AJD	Association des jeunes diabétiques
AME	Aide médicale d'Etat
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANAP	Agence nationale pour l'amélioration de la performance
APF	Association des paralysés de France
APHM	Assistance publique - hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique - hôpitaux de Paris
APSP	Association pour les soins palliatifs
ARM	Auxilliaire de régulation médicale
ASA	Score ASA : score de condition physique des patients utlisé pour caractériser le niveau de risque anesthésique.
ASV	Atelier santé ville
AT	Accident du travail
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVP	Accident de la voie publique
BCG	Vaccination anti-tubrculeuse
BMP	Bataillon des marins pompiers
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAP	Centre d'accueil permanent
CAQCS	Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCA	Certificat de capacité ambulancier
CCLIN	Comité central de lutte contre les infections nosocomiales
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CCOP	Commission de coordination pour l'offre de proximité
CECOS	Ancienne apppelation des centres regroupant les activités de dons de gamètes et embryons
CENTRE 15	Centre d'appel pour les urgences
CGH Array	"Array - Comparative genomic hybridation" : technique de génétique moléculaire utilisée pour détecter les anomalies chhromomique par comparaison (hybridation) entre un ADN de référence et l'ADN du malade
CH	Centre hospitalier
CHITS	Centre hospitalier intercommunal Toulon La Seyne
CHR	Centre hospitalier régional
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDAG	Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (SIDA et hépatites)
CIM	Classification internationale des maladies
CLAT	Centre de lutte anti tuberculeuse
CLCC	Centre de lutte contre le cancer

CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLS	Contrat local de santé : contractaulisation des différentes institutions pour développer des actions coordonnées en faveur de la santé
CMD	Catégorie majeure de diagnostics : classification du PMSI MCO
CMP	Centre médico psyachologique : structure de base de la psychiatrie de secteur
CMPP	Centre médico - psycho - pédagogique
CMRR	Centre mémoire ressource et recherche (centre ressource régional pour les consultations mémoire)
CMU-C	couverture maladie universelle complémentaire
CO	Monoxyde de carbonne
CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
CPP	Centre périnatal de proximité
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CRU	Voir CRUQPC
CRUQPC	Commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, en établissement sanitaire
CSAPA	Centre de soins,d'accompagnement et de prévention en addictologie
CTSA	Centre de transfusion sanguine des armées
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DAF	Dotation annuelle de financement (mode de financement des hôpitaux psychaitriques et SSR publics notamment
DCI	Defibrillateurs implantables
DETR	Dotation d'équipement des territoires ruraux
DGARS	Directeur général de l'ARS
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère de la santé
DMP	Dossier médical personnel (informatisé)
DMS	Durée moyenne de séjour
DPC	Développement professionnel continu
DPN	Diagnostic prénatal
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
DRJSCS	Direction régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DZ	Dropping zone ou zone de posé pour un hélicoptère
EFS	Etablissement français du sang
EHCM	Société européenne de médecine hyperbare
EHPAD	Etablissement d'hénergement de personnes âgées dépendantes (médicalisé)
EMG	Equipe mobile de gériatrie
EML	Equipement matériel lourd
EMRC	Equipe mobile de recherche clinique
EMSP	Equipe mobile de soins palliatfs
EPM	Etablissement pénitentiaire pour mineurs
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux
ESP	Espace de santé de proximité : espaces infra départementaux définis par l'ARS pour l'organisation des soins de proximité
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
EVP	Etat végétatif prolongé
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FFR	Fraction de flux de reserve coronaire
FHR	Fédération hospitalière régionale (représente la Fédération hospitalière de France en Région)
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIQCS	Fondsd'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIV	Fécondation in vitro

FNADT	Fonds national d'aménagement et de développement du territoire
FNAIR	Fédération nationale d'aide aux insuffisants renaux
FNHAD	Fédération nationale de l'hospitalisation à domicile
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FRI	Fédération de radiologie interventionnelle
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupes homogènes de malades : classification du PMSI MCO
GHPC	Groupes homogènes de prise en charge : classification du PMSI HAD
GIR	Groupe iso ressource
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute hautorité de santé
HC	Hospitalisation complète (par opposition à hospitalisation de jour)
HDJ	Hospitalisation de jour
HDN	Hospitalisation de nuit
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires loi du 21 juillet 2009
HTA	Hypertension artérielle
IA	Insémination artificielle
IADE	Infirmier(e) anesthésiste diplomé(e) d'Etat
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplomé d'Etat
ICALIN	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
ICR	Instance collégiale régionale
ICSH	Indice de consommation de solutés hydro-alcooliques
IDE	Infirmier diplomé d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
INCa	Institut national du cancer
IRSN	Institut de radioprotection et de sécurité nucleaire
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LBM	Laboratoire de biologie médicale
LISP	Lit identifié en soins palliatifs
LPP	Liste des produits et prestations
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MIG	Mission d'interet general
MMG	Maison médicale de garde
MNASM	Mission d'appui nationale en santé mentale
MOBIQUAL	action nationale dont l'objectif est de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin – en EHPAD, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées.
MPR	Médecine physique et de rééducation
MSM T21	Marqueurs sériques maternels de la trisomie 21
MST	Maladie sexuellement transmissible (= IST, infection sexuellement transmissible)
OHB	Oxygénothérapie hyperbare
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONCOPACA	Réseau régional de cancérologie
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professionnels de santé
OQN	Objectif quantifié national
ORS	Observatoire régional de la santé
ORU	Observatoire régional des urgences
PACS	Picture archiving and communication system : système d'archivage et de transmission d'images en imagerie médicale

PAPS	Plateforme d'appui aux professionnels de santé : site Internet d'information pour les professionnels de santé (installation, exercice coordonné…)
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PATHOS	Système d'information sur les niveaux de soins necessaires pour assurer les tratements des personnes agées
PDS	Permanence des soins
PDS ES	Permanence des soins en établissement de santé
PDSA	permanence des soins ambulatoire
PDSES	Permanence des soins en établissements de santé
PEP	Pratique exigible prioritaire dans la certification des établissements de santé
PFT	Placement familial thérapeutique
PIJ	Psychiatrie infanto-juvénile
PMI	Service s de la protection maternelle et infantile des Conseils Généraux
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information (nomenclature des séjours hospitaliers)
PPS	Plan personalisé de soins
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes âgées et handicapées
PRS	Projet régional de santé
PSL	Produit sanguin labile
PSPH	Etablissement participant au service public hospitalier
Ptc O2	Pression transcutanée en oxygène
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RI	Radiologie interventionnelle
RIM P	Recueil d'informations médicalisées en psychatrie (MPSI psychiatrie)
RIS	Système de partage et d'archivage des images
ROR	Répertoire opérationel des ressources des établissements de santé
RPU	Resumé de passage aux urgences
RTU	Réseau territorial des urgences
RUM	Résumé d'unité médicale
SA	Semaines d'aménorhée (estimation de l'âge gestationnel en obstétrique)
SAE	Enquête déclarative conduite chaque année auprès des établissments pour connaître leur activité et leurs équipements
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicalisée d'urgence
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SEP	Sclérose en plaques
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SFC	Societe francaise de cardiologie
SFR	Societé francaise de radiologie
SIH	Système d'information hospitalier
SIOS	Schéma interrégional d'organisation sanitaire
SMPR	Service médico psychologique régional
SMUR	Secours médicalisé d'urgence
SOTS	Schéma d'organisation de la transfusion sanguine
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSPI	Salle de surveillance post interventionnelle
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STATISS	Annuaire des indicateurs de la santé et du social publié par l'ARS
STC	Stimulateurs triples chambre

SURVISO	Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire
T21	Trisomie 21
TC	Traumatisés craniens
TEP	Tomographe par emission de positons
TIH	Transport interhospitalier
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
UCOG	Unité de coordination en oncogériatrie
UEROS	Unité d'évaluation, de reclassement et d'orientation sociale
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHR	Unité d'hebergement renforcée
UHSA	Unité d'hospitalisation spécialement amenagée
UHSIR	Unité d'hospitalisation sécurisée inter regionale
UHT	Unité de haute technicité
UM	Unité médicale
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNV	Unité neuro-vasculaire
URIOPSS	Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USIC	Unité de soins intensifs cardiologiques
USLD	Unite de soins de longue durée
USP	Unite de soins palliatifs
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

8 Index

A

Accident de la voie publique, 137
Accident du travail, 137
Accident vasculaire cérébral, 138, 184, 284, 289
Acide désoxy-ribo-nucléïque (molécule porteuse de l'information génétique dans le noyau des cellules), 105, 106, 108, 275
Agence de la biomédecine, 99
Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement, 259
Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé, 105, 106
Agence nationale pour l'amélioration de la performance, 33, 78, 296
Agence technique de l'information hospitalière, 46, 47, 69
Aide à la (sosucription d'une assurance) complémentaire santé, 13
Aide médicale d'Etat, 13, 14, 30
Ancienne apppelation des centres regroupant les activités de dons de gamètes et embryons, 99
Anesthésie et chirurgie ambulatoires (unité d'…), 73
Annuaire des indicateurs de la santé et du social publié par l'ARS, 11, 115, 282
Array - Comparative genomic hybridation, 108, 271, 273, 276, 277
Assistance médicale à la procréation, 4, 44, 97, 98, 99, 100, 102
Assistance publique - hôpitaux de Marseille, 64, 104, 106, 225, 259, 263, 270, 273, 325
Assistance publique - hôpitaux de Paris, 12, 131
Association des jeunes diabétiques, 146
Association des paralysés de France, 138
Association pour les soins palliatifs, 311
Atelier santé ville, 30
Auteurs d'infractions à caractère sexuel, 324

C

Catégorie majeure de diagnostics
classification du PMSI MCO, 81, 215, 216, 220, 243, 244
Centre d'accueil permanent, 186, 238
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, 116, 120, 123, 127, 324
Centre d'action médico-sociale précoce, 92, 120, 270
Centre de lutte anti tuberculeuse, 21
Centre de lutte contre le cancer, 39, 258, 272
Centre de réception et de régulation des appels, 181, 184, 187
Centre de soins,d'accompagnement et de prévention en addictologie, 323, 324
Centre de transfusion sanguine des armées, 334
Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (SIDA et hépatites), 21
Centre hospitalier, 68, 74, 125, 177, 202, 214, 221, 223, 224, 229, 231, 233, 234, 235, 237, 238, 270, 319, 320, 323, 324, 327, 333
Centre hospitalier intercommunal Toulon La Seyne, 104, 169, 214, 216, 319
Centre hospitalier régional, 12
Centre hospitalier universitaire, 39, 50, 54, 68, 74, 97, 98, 99, 102, 104, 106, 177, 196, 197, 202, 206, 214, 215, 240, 241, 242, 248, 251, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 270, 271, 273, 275, 284, 313, 319, 323, 328, 333
Centre local d'information et de coordination, 17, 53, 135
Centre médico - psycho - pédagogique, 120
Centre médico psyachologique
structure de base de la psychiatrie de secteur, 116, 117, 120, 121, 138, 323
Centre mémoire ressource et recherche (centre ressource régional pour les consultations mémoire), 49, 284
Centre périnatal de proximité, 84, 90, 94
Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, 103, 104, 105, 107, 108, 109
Centres de coordination en cancerologie, 7, 257, 266
Classification clinique des malades aux urgences, 188
Classification internationale des maladies, 64, 191
Comité régional d'éducation pour la santé, 28
Commission de coordination pour l'offre de proximité, 2, 28
Commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, en établissement sanitaire, 19
Communauté hospitalière de territoire, 18, 80, 210, 333
Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, 3, 35
Contrat local de santé
contractaulisation des différentes institutions pour développer des actions coordonnées en faveur de la santé, 30
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens., 3, 13, 19, 35, 43, 81, 90, 92, 94, 127, 143, 156, 165, 166, 167, 168, 169, 190, 219, 250, 289, 335
Contrat urbain de cohésion sociale, 28

D

Defibrillateurs implantables, 167, 168
Développement professionnel continu, 3, 17, 34, 39, 40
Diagnostic prénatal, 4, 5, 44, 97, 102, 104, 105, 107
Directeur général de l'ARS, 28
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques., 11, 12, 132
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère de la santé, 40, 111, 137, 138, 139, 140, 142, 146, 158, 161, 191, 201, 202, 262, 265
Direction régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, 28
Dossier médical personnel (informatisé), 20

Dotation annuelle de financement (mode de financement des hôpitaux psychaitriques et SSR publics notamment, 115, 198
Dotation d'équipement des territoires ruraux, 29
Durée moyenne de séjour, 55, 156, 211, 212, 217, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240

E

Enquête déclarative conduite chaque année auprès des établissments pour connaître leur activité et leurs équipements, 84, 85, 94, 112, 132, 133
Equipe mobile de gériatrie, 48, 185
Equipe mobile de recherche clinique, 259
Equipe mobile de soins palliatfs, 8, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317
Equipement matériel lourd, 36
Espace de santé de proximité
espaces infra départementaux définis par l'ARS pour l'organisation des soins de proximité, 2, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
Etablissement de santé privé d'intérêt collectif, 74, 272
Etablissement d'hénergement de personnes âgées dépendantes (médicalisé), 17, 31, 32, 55, 143, 159, 160, 161, 185, 249, 311, 312
Etablissement français du sang, 90, 272, 273, 328, 333, 334, 335, 336
Etablissement participant au service public hospitalier, 111, 327
Etablissement pénitentiaire pour mineurs, 319, 320, 321, 324
Etablissements sociaux et médico-sociaux, 18
Etat végétatif prolongé, 145

F

Fécondation in vitro, 97, 98, 102
Fédération de radiologie interventionnelle, 286
Fédération nationale d'aide aux insuffisants renaux, 248
Fédération nationale de l'hospitalisation à domicile, 28
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, 22, 23, 24
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux, 11
Fonds national d'aménagement et de développement du territoire, 29
Fondsd'intervention pour la qualité et la coordination des soins, 29
Foyer d'accueil médicalisé, 119, 138
Fraction de flux de reserve coronaire, 167

G

Groupe iso ressource, 161
Groupement de coopération sanitaire, 28, 37, 38, 42, 169, 214, 218, 333
Groupes homogènes de malades
classification du PMSI MCO, 81
Groupes homogènes de prise en charge
classification du PMSI HAD, 55

H

Haute hautorité de santé, 61, 62, 63, 77, 78, 137, 138, 165, 260, 280, 287
Hôpital, patients, santé et territoires loi du 21 juillet 2009, 13, 15, 21, 24, 28, 30, 32, 33, 34, 39, 180, 287, 326, 333
Hospitalisation à domicile, 3, 4, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 75, 78, 89, 91, 127, 143, 144, 185, 311, 313, 314, 316, 317, 335
Hospitalisation complète (par opposition à hospitalisation de jour), 69, 111, 112, 113, 128, 130, 131, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155
Hospitalisation de jour, 111, 113, 114, 116, 117, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 144, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 314, 315, 335
Hospitalisation de nuit, 111, 116, 122
Hypertension artérielle, 139, 250

I

Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, 82
Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire, 82
Indice composite de bon usage des antibiotiques, 82
Indice de consommation de solutés hydro-alcooliques, 82
Infirmier de bloc opératoire diplomé d'Etat, 77
Infirmier diplomé d'Etat, 61, 249, 320
Infirmier(e) anesthésiste diplomé(e) d'Etat, 77
Insémination artificielle, 97
Institut de formation en soins infirmiers, 28
Institut de radioprotection et de sécurité nucleaire, 286
Institut national du cancer, 99, 255, 257, 259, 260, 262, 263, 264, 265, 266, 272, 283, 287, 296
Interruption volontaire de grossesse, 86, 87, 92, 94

L

Laboratoire de biologie médicale, 272, 326, 332, 333, 334
Liste des produits et prestations, 166
Lit identifié en soins palliatifs, 8, 311, 313, 314, 315, 316, 317

M

Maison d'accueil spécialisée, 119, 138
Maison départementale des personnes handicapées, 118, 135, 137, 138
Maison des adolescents, 121
Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, 17, 31, 53
Maladie sexuellement transmissible (= IST, infection sexuellement transmissible), 87
Marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, 103
Médecine physique et de rééducation, 137, 138

Mission d'appui nationale en santé mentale, 117, 118, 119
Mission d'interet general, 41
Monoxyde de carbonne, 61, 296

O

Objectif national de dépenses d'assurance maladie, 10, 42
Objectif quantifié national, 60
Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, 71
Observatoire régional de la santé, 28
Observatoire régional des urgences, 28, 30, 31, 184, 191
Organisation mondiale de la santé, 116, 118, 137
Oxygénothérapie hyperbare, 60, 61, 62, 63

P

Permanence d'accès aux soins de santé, 13, 40, 41, 183
Permanence des soins, 72, 75, 77, 117, 188, 193, 195, 196, 197, 198
permanence des soins ambulatoire, 2, 6, 33, 178, 179, 180, 187
Permanence des soins en établissement de santé, 75, 77, 193, 195, 197
Permanence des soins en établissements de santé, 3, 6, 8, 39, 44, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 286, 289, 290
Picture archiving and communication system
    système d'archivage et de transmission d'images en imagerie médicale, 20, 288, 296
Placement familial thérapeutique, 120, 121
Plan personalisé de soins, 257
Plateforme d'appui aux professionnels de santé
    site Internet d'information pour les professionnels de santé (installation, exercice coordonné…), 2, 28, 29
Pratique exigible prioritaire dans la certification des établissements de santé, 78
Produit sanguin labile, 90, 334, 335
Programme de médicalisation des systèmes d'information (nomenclature des séjours hospitaliers), 47, 69, 70, 81, 82, 85, 92, 94, 98, 99, 102, 169, 206, 211, 212, 218, 220, 221, 223, 226, 227, 239, 240, 241, 242, 243, 265
Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes âgées et handicapées, 119
Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, 41
Projet régional de santé, 15, 16, 18, 21, 40, 42, 43, 79, 116, 162, 185, 204, 207, 217, 249, 250, 253, 280, 293
Psychiatrie infanto-juvénile, 111, 112, 113, 126, 128

R

Recueil d'informations médicalisées en psychatrie (MPSI psychiatrie), 127
Répertoire opérationel des ressources des établissements de santé, 76, 77, 134, 136, 156, 165, 186, 190, 194, 204
Réseau régional de cancérologie, 99, 100, 102
Réseau territorial des urgences, 183, 184
Resumé de passage aux urgences, 184
Résumé d'unité médicale, 218
Réunion de concertation pluridisciplinaire, 257, 263, 283, 309

S

Salle de surveillance post interventionnelle, 286
Schéma d'organisation de la transfusion sanguine, 334, 335
Schéma interrégional d'organisation sanitaire, 37, 193, 195, 196, 197, 207
Schéma régional d'organisation des soins, 2, 3, 5, 7, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 24, 28, 31, 38, 40, 42, 44, 55, 66, 67, 74, 76, 77, 79, 93, 97, 99, 104, 116, 120, 122, 147, 158, 160, 162, 172, 179, 181, 185, 206, 207, 214, 247, 248, 249, 250, 253, 265, 274, 275, 276, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 291, 293, 294, 295, 299, 300, 305, 322, 327, 332, 335, 336
Schéma régional d'organisation médico-sociale, 16, 17, 325
Sclérose en plaques, 138
Score ASA
    score de condition physique des patients utlisé pour caractériser le niveau de risque anesthésique., 74
Secours médicalisé d'urgence, 6, 36, 172, 175, 176, 181, 182, 183, 186, 187, 286
Semaines d'aménorhée (estimation de l'âge gestationnel en obstétrique), 290
Service d'accompagnement à la vie sociale, 119
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, 119, 135, 138
Service d'aide médicalisée d'urgence, 6, 77, 90, 172, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 186, 187, 190, 203, 205, 286
Service de soins infirmiers à domicile, 31, 51, 135, 136, 138
Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, 92
Service départemental d'incendie et de secours, 172, 175, 176, 177, 179, 213
Service médico psychologique régional, 323
Service pénitentiaire d'insertion et de probation, 324
Service s de la protection maternelle et infantile des Conseils Généraux, 14, 21, 86, 88, 91, 92, 95, 146
Société européenne de médecine hyperbare, 62
Societe francaise de cardiologie, 166, 167, 168
Societé francaise de radiologie, 265
Soins de suite et de réadaptation, 5, 14, 18, 43, 49, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 160, 186, 311, 314, 315, 316, 317
Stimulateurs triples chambre, 167, 168
Système de partage et d'archivage des images, 288
Système d'information hospitalier, 288
Système d'information national sur les professionnels de la santé et du social, 11, 85, 282, 300
Système d'information sur les niveaux de soins necessaires pour assurer les tratements des personnes agées, 161

T

Tomographe par emission de positons, 8, 299, 300, 302, 303, 304, 306, 308, 309
Transport interhospitalier, 187
Traumatisés craniens, 138
Trisomie 21, 103, 106, 108, 109

U

Union nationale des caisses d'assurance maladie, 61
Union régionale des professionnels de santé, 28, 32, 194, 250
Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, 28
Unité de chirurgie ambulatoire, 73, 81
Unité de coordination en oncogériatrie, 263
Unité de haute technicicté, 145
Unite de soins de longue durée, 5, 143, 158, 159, 160, 161, 312
Unité de soins intensifs cardiologiques, 169, 184, 198, 302, 304, 308
Unite de soins palliatifs, 8, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317
Unité d'évaluation, de reclassement et d'orientation sociale, 138
Unité d'hebergement renforcée, 161
Unité d'hospitalisation de courte durée, 185, 188
Unité d'hospitalisation sécurisée inter regionale, 321, 324
Unité d'hospitalisation spécialement amenagée, 321, 323, 324
Unité médicale, 81
Unité neuro-vasculaire, 138, 183, 184, 194, 197, 198, 284

V

Vaccination anti-tubrculeuse, 91
Véhicule de secours et d'assistance aux victimes, 187

9 Annexes

ANNEXES SROS
Chapitre Ambulatoire

ANNEXE TECHNIQUE 1
PRINCIPES D'ELABORATION DES ESPACES DE SANTE DE PROXIMITE (ESP)

I. Expression du besoin

En région Paca, le niveau départemental est **l'unité territoriale** de prise de décision de l'Agence Régionale de Santé dans le domaine sanitaire. Toutefois, les gestionnaires du SROS ambulatoire ont exprimé le souhait de disposer de territoires affinés (épousant les limites départementales) pour répondre à un double besoin :

- celui d'étudier avec une précision et une pertinence accrues des phénomènes parfois très localisés géographiquement ;
- celui de proposer des territoires – dans la mesure il est démontré que ceux-ci ne sont pas « incohérents » – susceptibles d'être ultérieurement un socle à l'organisation de l'offre de santé de proximité.

Les découpages proposés dans ce document de travail représentent donc à la fois des unités pour l'appréciation localisée de l'état de santé et de l'offre de soins, mais également des propositions concrètes de collaborations entre micro-territoires susceptibles d'aider à la recomposition de l'offre dans un contexte de raréfaction des ressources.

II. Principes généraux d'élaboration des «espaces de santé de proximité (ESP)

1) Les deux étapes de la démarche d'élaboration

La construction des ESP repose sur deux étapes :

- une première étape (étape 1) essentiellement interne à l'ARS, consistait à poser les postulats de la construction, les hypothèses et les limites que l'on pouvait en attendre (cf. paragraphe suivant pour plus de détails) : elle à conduit à formuler une première proposition d'Espaces de Santé de proximité (ESP) ;

- la seconde (étape 2) a consisté en un examen détaillé des compositions des territoires dans le cadre des différents groupes départementaux du SROS ambulatoire : cette étape visait amender et à améliorer les premiers découpages proposés dans le cadre de principes généraux de construction retenus par l'Agence.

2) Principes généraux de l'Agence en matière de construction des ESP

Les critères retenus

Notre démarche a consisté à opter pour une unité élémentaire de recueil des données et d'observation répondant simultanément aux critères suivantes :

- finesse géographique ;
- accessibilité en routine et à moindre coût au plus grand nombre de données robustes en rapport avec la santé (notamment en matière de mortalité) ;
- stabilité dans le temps du découpage ;
- conformité à la géographique physique ;
- comparabilité nationale.

L'échelle cantonale – au sens des études de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) – est un niveau territorial apportant de réelles garanties pour la plupart de ces critères. Aucun autre découpage[87] *ad hoc* ou « administratif » ne nous semblait aussi adapté – si l'on accepte nos critères – pour répondre aux besoins d'observation des soins de santé de proximité dans notre région.

L'échelle géographique de description des soins de proximité - les « Espaces de Santé de Proximité » (ESP) - de l'agence sont l'agrégation des unités de recueils que sont les cantons FNORS.

L'échelon géographique retenu au final par l'ARS pour décrire la situation des populations et des offreurs de soins de premier recours s'appuie donc sur les cantons au sens de la FNORS. L'idée de l'ARS étant de ne pas se limiter au simple recueil de données, mais également de proposer des pistes viables de collaboration entre territoires, certains cantons jugés insuffisamment pourvus en infrastructures[88] et en populations ont fait l'objet de rattachements à d'autres cantons jugés solides appelés « pôles des espaces de santé de Proximité ».
Dans notre démarche, un canton est pôle de premier recours si au moins un omnipraticien y est implanté et si au moins quatre catégories d'offreurs parmi les cinq suivantes y sont également implantées : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, pharmacies et établissements d'hébergements aux personnes âgées (EHPA). Pour valider son statut de pôle, tout canton pivot doit en outre être pourvu simultanément en biens d'équipements intermédiaires considérés comme fondamentaux en matière d'aménagement du territoire.

- une grande surface au moins ;
- un service social aux personnes âgées au moins ;
- un collège, lequel garantit un engagement d'investissement lourd et pérenne des conseils généraux sur le territoire considéré.

Les conséquences naturelles de l'expression de ces contraintes sont qu'en milieu urbain, où les densités de populations et d'offreurs de soins sont élevées, les deux découpages territoriaux (cantons et agrégation de cantons) coïncident. Par contre, en milieu rural il est proposé d'adosser les cantons « fragiles » (donc peu pourvus en offre de premier recours et en équipements) à des « pôles pivots » voisins. Pour être validées, ces propositions de collaborations entre territoires doivent répondre aux conditions suivantes :

- il doit y avoir une continuité géographique entre territoire à rattacher et territoire de rattachement ;
- les temps de trajets intercommunaux doivent être « acceptables » (si possible 60 minutes au plus de commune à commune du même territoire) et cohérents avec la géographie physique ;
- il doit exister des flux de population du territoire à rattacher vers les professionnels libéraux de premier recours du pôle de rattachement.

A ce stade, notre méthode débouche sur une partition incomplète de notre territoire régional. Les ensembles communaux trop éloignés font donc l'objet d'un traitement spécifique : soit d'un rattachement manuel vers le pôle le plus proche, soit conservent leur indépendance car jugés particulièrement problématiques en matière d'aménagement du territoire, notamment du fait de conditions d'isolement géographique spécifiques.

---

[87] Pour avoir un aperçu du potentiel et des limites des solutions alternatives, se référer à l'ouvrage « Inégalités socio-sanitaires en France », 2ème édition, Fnors – éditions Elsevier Masson 2010 – Annexe « échelon géographique »

[88] Par infrastructures, on entend ici l'implantation au sens de la Base Permanente des Equipements de l'INSEE (BPE 2009) de généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, pharmacies, supermarché, service social aux personnes âgées, collège.

Hypothèses sous-jacentes à la démarche entreprise

Dans la toute première partie de cette annexe, nous avons affirmé que les territoires retenus ne sont pas que des briques pour l'observation mais également des « propositions concrètes de collaborations entre micro-territoires susceptibles d'aider à la recomposition de l'offre dans un contexte de raréfaction des ressources ».
Cette assertion signifie de toute évidence que tous les territoires n'ont et n'auront pas dans le futur les mêmes chances pour être des pivots de l'organisation de l'offre de santé de proximité (en particulier en cas de maintient de la liberté d'installation des offreurs de soins).
Les propositions de collaboration intègrent l'idée que l'accroissement des disparités en matière de desserte à l'offre de soins - qui ne manqueront pas de se produire - DOIVENT ET DEVRONT - faire l'objet de péréquations locales, donc promouvoir des organisations en compensant les effets délétères.
Dans le cadre de ces travaux, les propositions de collaboration entre territoires s'inscrivent en dehors de toute réalité politique : on peut très bien concevoir leur non viabilité si l'on se réfère à ce critère unique. Toutefois, elles génèrent un avertissement en direction des ensembles communaux les plus fragiles.

III. Résultats, étape par étape, de la démarche de construction des territoires

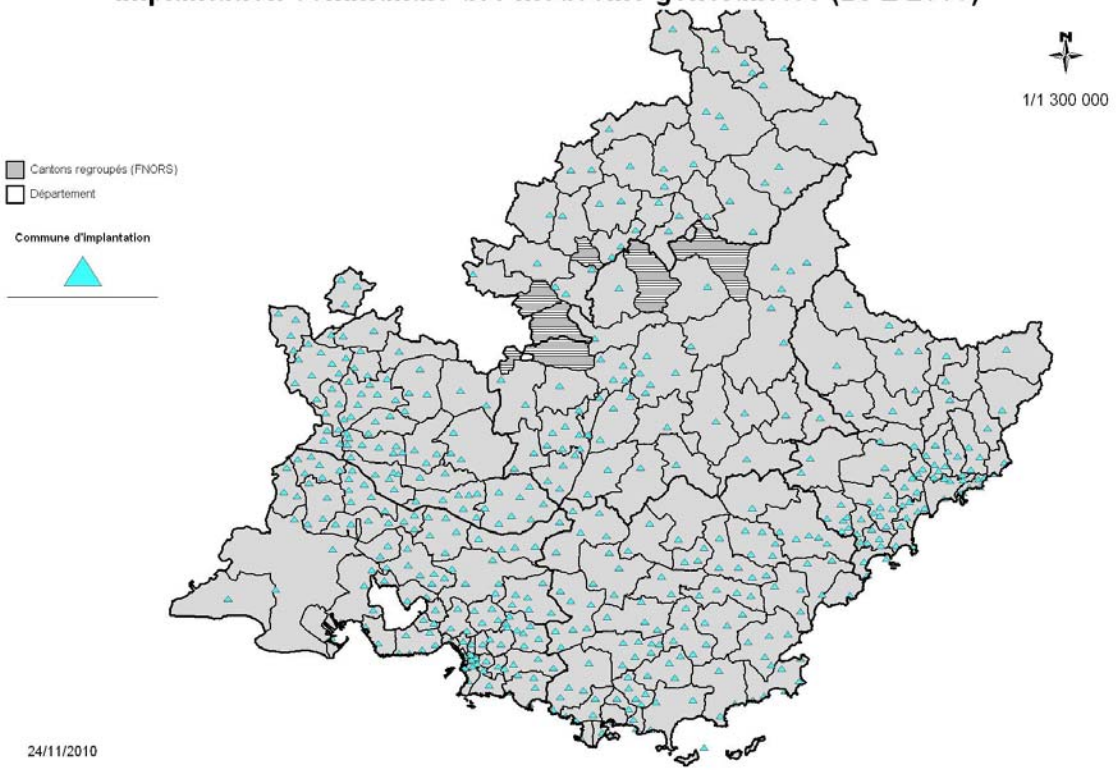
Etape 1 : construction des ESP et première formulation de découpages par l'ARS

Etape 1.1 : prise en considération de l'offre de santé de proximité

Les pseudo-cantons regroupés de la FNORS pourvus en généralistes (omnipraticiens libéraux plus précisément) sont candidats pour être des pôles de santé de proximité. A ce stade, six cantons seulement, très peu peuplés font office d'exception (carte 1 : cantons à rayures horizontales).

Carte 1

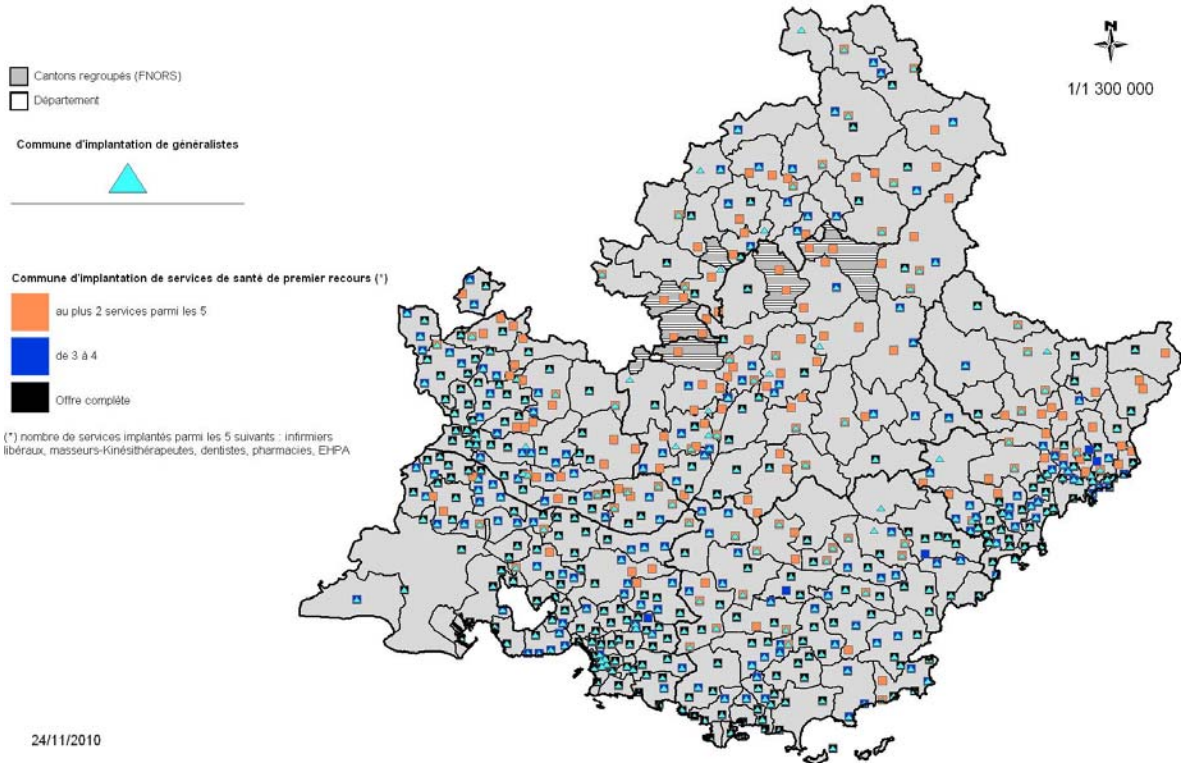
implantation communale des médecins généralistes (BPE 2009)



L'examen complémentaire de l'implantation de services complémentaires de santé de proximité, tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les dentistes, les pharmacies et les structures d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) permet d'en valider ou non le statut (carte 2).

Carte 2

implantation communale des services de santé de premier recours (BPE 2009)

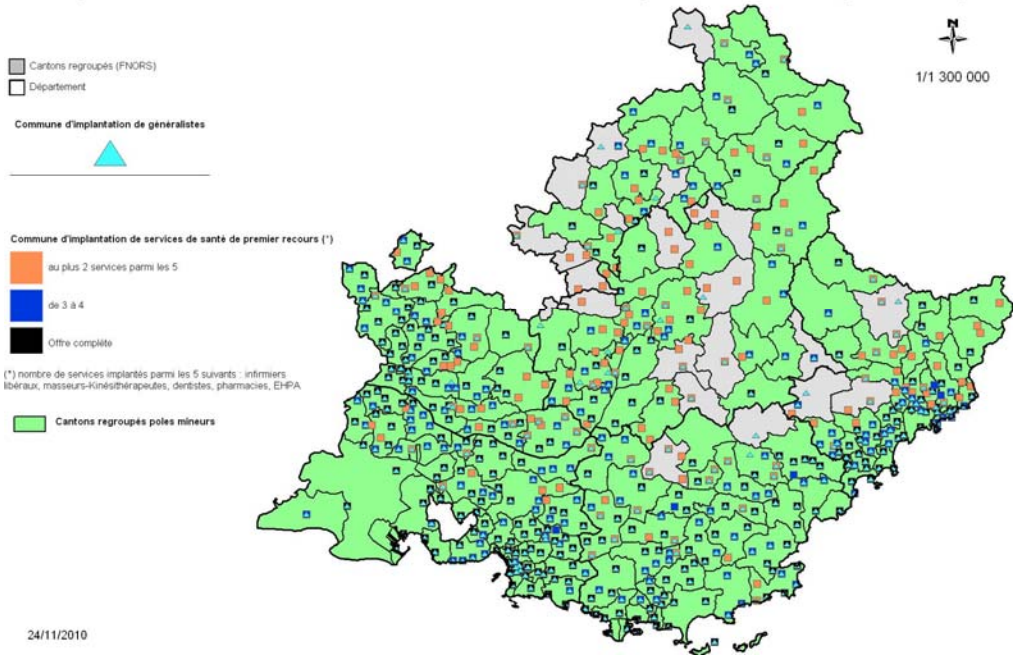


Un canton est candidat crédible au statut de pôle si au moins 4 « services » parmi les 5 sont implantés sur une plusieurs des communes le composant. Cette implantation peut être au sein d'une commune unique du canton ou bien sur plusieurs communes différentes (par jeu des complémentarités observées d'offre entre communes). Cette règle de classification est évidemment très discutable et doit faire l'objet d'un accord entre décideurs publics.

La carte 3 indique en vert les territoires jugés suffisamment solides pour être candidats au statut de pôle à ce stade de la démarche.

Carte 3

implantation communale des services de santé de premier recours (BPE 2009)

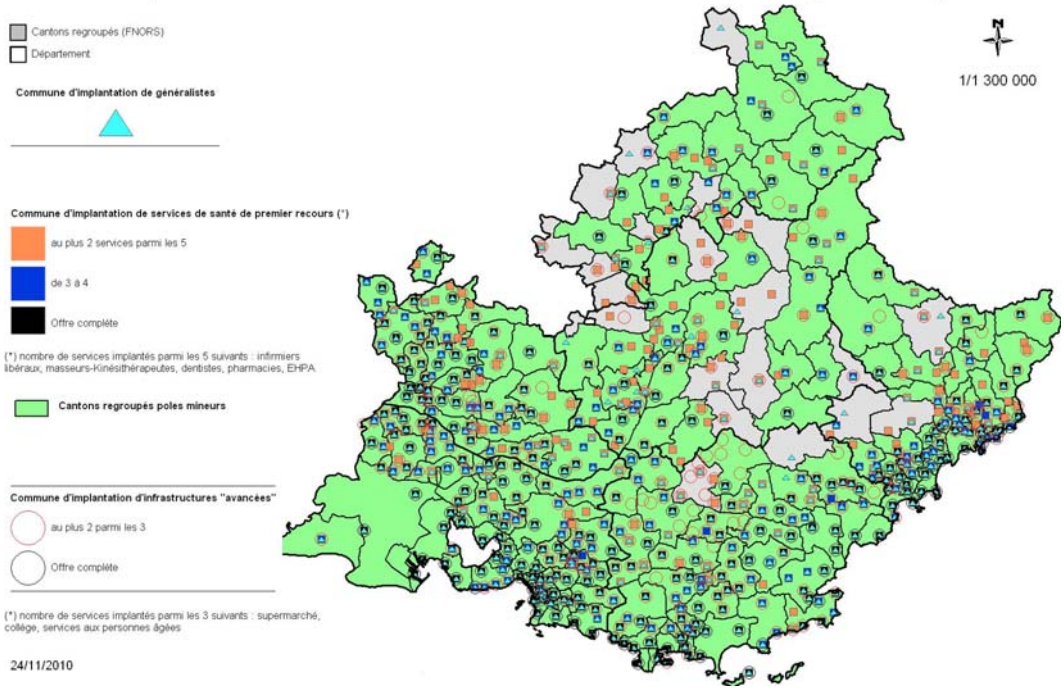


Etape 1.2 : prise en considération de l'offre en bien d'équipements intermédiaires

Dans l'étape suivante, l'examen de l'implantation simultanée ou non de trois « bien d'équipements intermédiaires » (supermarché, service social aux personnes âgées, collège) valide ou invalide le statut de pôle des cantons encore retenus.

Carte 4

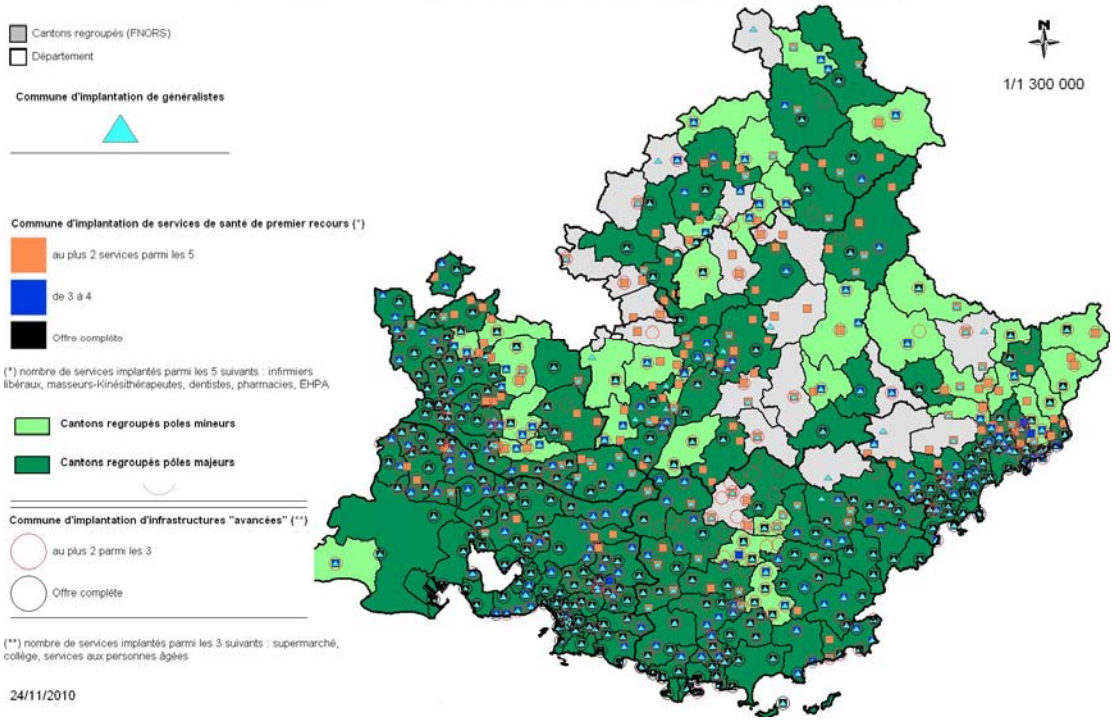
implantation communale en "infrastructures avancées" (BPE 2009)



Les cantons en vert foncé sont, selon cette démarche, les plus à même d'être les pivots des pôles de santé de proximité (carte 5)

Carte 5

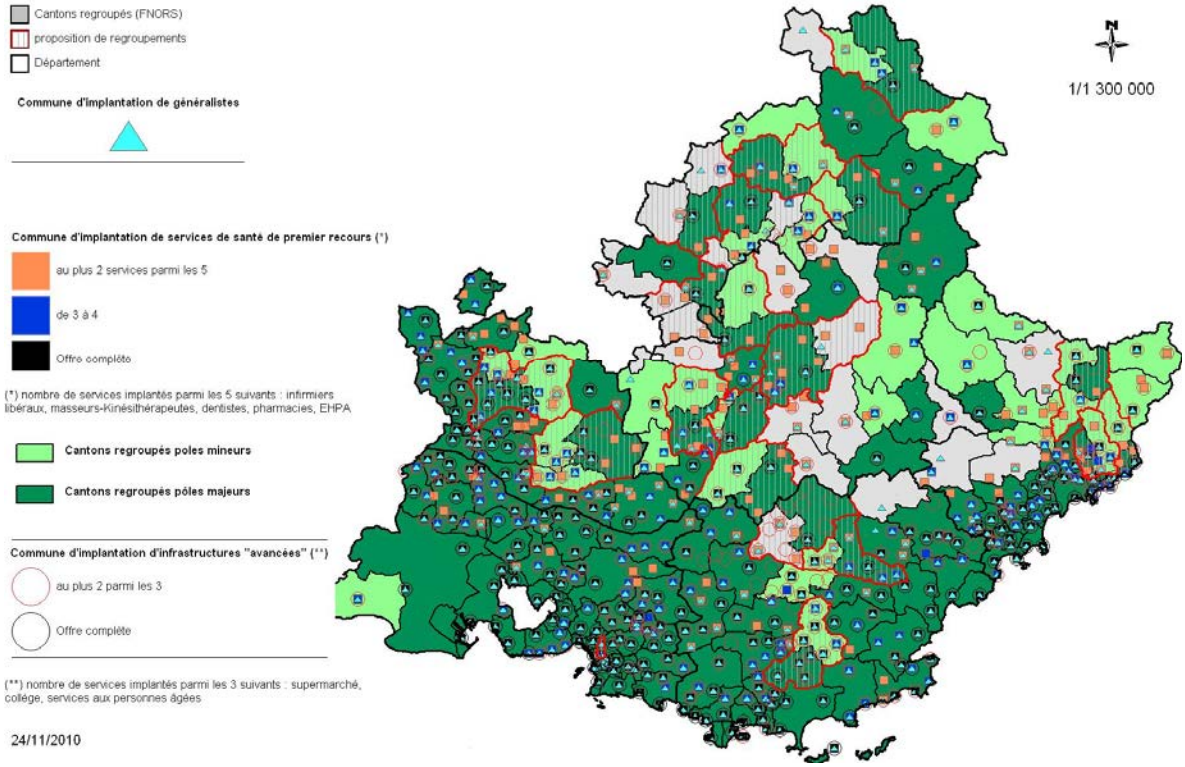
Constitution des pôles cantonaux majeurs (BPE 2009)



Les territoires en gris et en vert clair (identifiés par des pourtours en rouge) peuvent faire l'objet de propositions de regroupements aux « pôles constitués » sous les contraintes de continuité géographique, de temps de trajets et de bonne conformité au relief (carte 6).

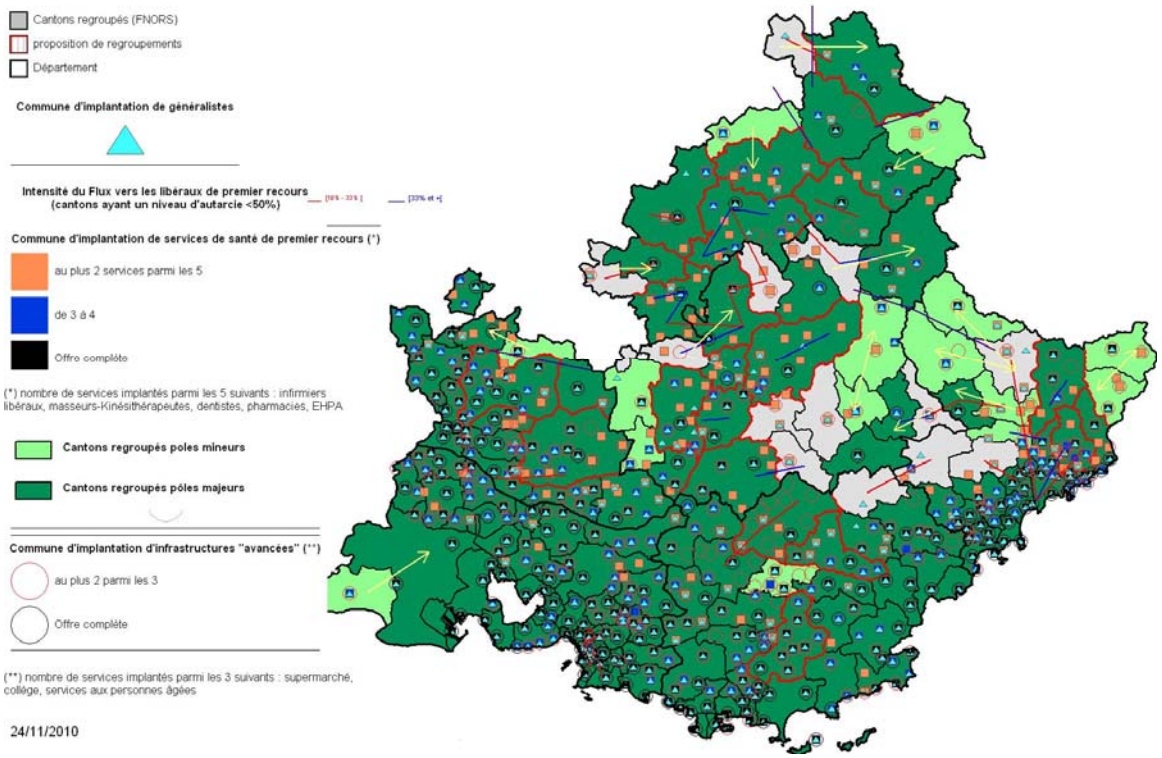
Carte 6

Proposition de regroupements cantonaux (BPE 2009)



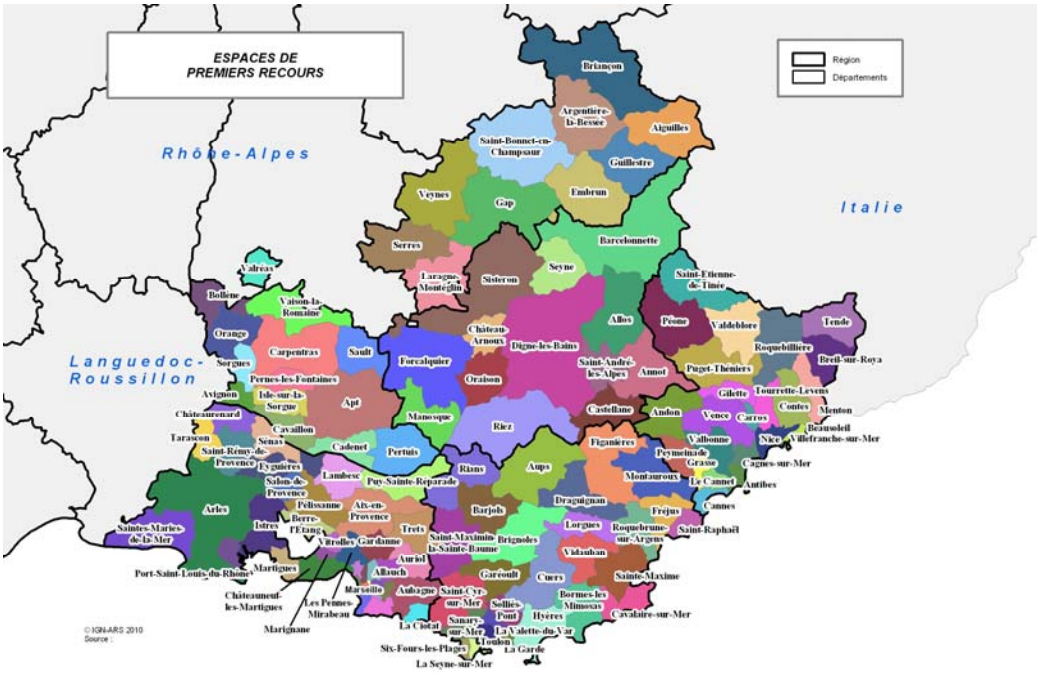
A ce stade, la partition régionale n'est pas complète ; des territoires sont trop éloignés pour être rattachés à un pôle. Une étape complémentaire, empirique, consiste à proposer des affectations complémentaires (flèches en jaune). Des informations de flux de patientèles vers les professionnels libéraux peuvent nous y aider (flux en bleu foncé et en rouge) (carte 7).

Carte 7



Après une première concertation interne à l'ARS, cette démarche aboutie à la proposition suivante (carte 8) :

Carte 8



A noter le fait important suivant concernant les territoires de Saint-Etienne de Tinée, Valdeblore, Péone, Tende, Breil/Roya, Andon, Aiguilles, Allos, Saint-André les alpes et Les Saintes Maries de la mer : ils ne constituent pas des ESP au sens de notre démarche mais plutôt des territoires restés indépendants de par leur niveau d'isolement géographique.

<u>Etape 2 : prise en considération des observations formulées par les groupes départementaux du SROS ambulatoire</u>

Cette première proposition a, bien entendu, fait l'objet de remarques et critiques de la part des décideurs, acteurs locaux et des groupes départementaux du SROS ambulatoire.

Certaines remarques, empiriquement justifiées, n'ont pas donné lieu aux modifications de périmètres géographiques demandés car elles violaient un ou plusieurs postulats fondamentaux de partition initialement posés par l'agence. C'est le cas en particulier des demandes de scissions d'ESP basées sur la scission **INTERNE** aux cantons, considérés comme des briques élémentaires de construction des ESP (ex : Oraison, Vence). Par contre, d'autres propositions de scission - fondées sur les pourtours cantonaux – ont été retenues :

- ESP de Forcalquier en « Forcalquier » et « Banon » (Alpes de Haute Provence) ;
- ESP de Menton en « Sospel » et « Menton » (Alpes Maritimes) ;
- ESP de Puget-Théniers en « Puget-Théniers » et « Villars/Var » (Alpes Maritimes) ;
- ESP de Brignoles en « Brignoles » et « Carcès » (Var) ;
- ESP de Marseille 14ème en « Marseille 14ème » et « Marseille 3ème » (BDR).

Enfin, des regroupements cantonaux alternatifs ont également été validés :

- le canton de Barrême, initialement inclus dans l'ESP de Digne-les-Bains, réaffecté au territoire indépendant de Saint-André les Alpes (Alpes de Haute Provence) ;
- l'ESP de la Valette du Var, initialement indépendant, est affecté à l'ESP de Toulon (Var).

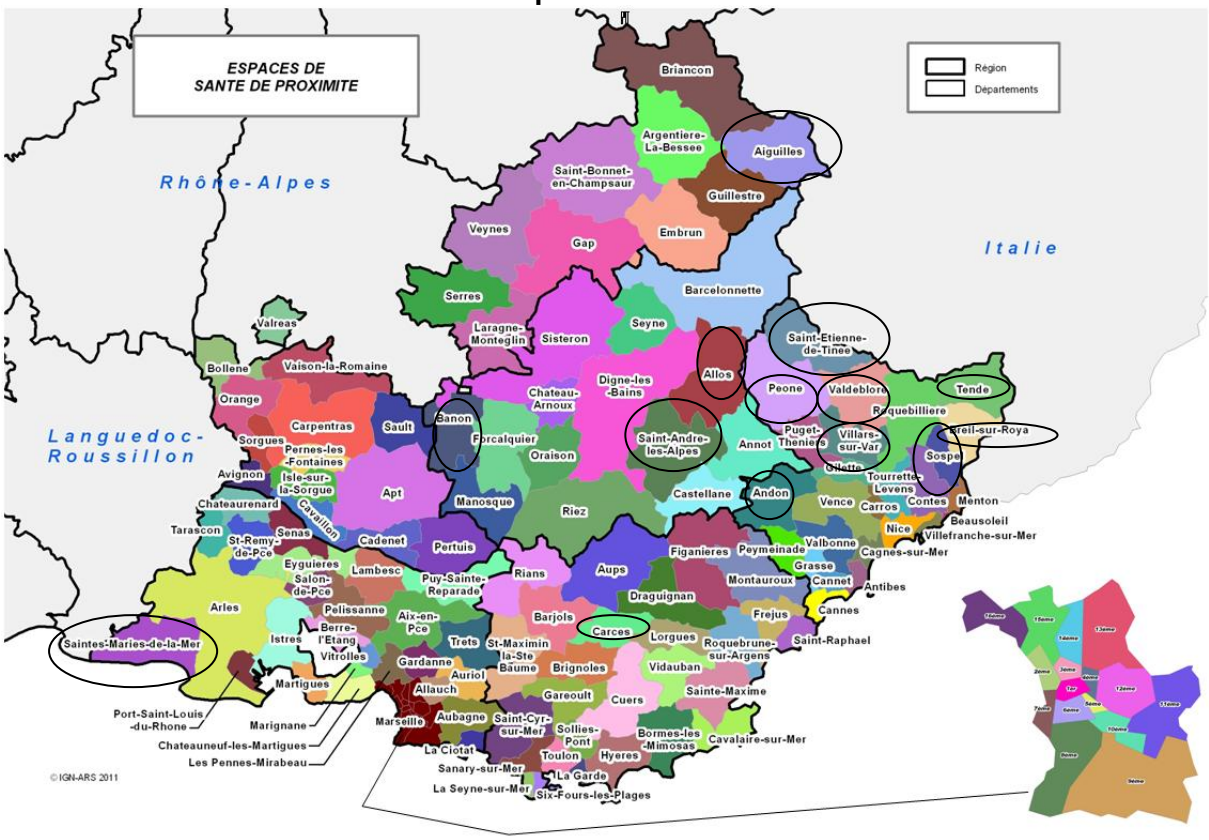
Il est à noter qu'aucune demande de rattachement n'a été formulée pour les 10 territoires restés indépendants, lesquels constituent des zones blanches pour notre démarche.

Conclusion au 19 mai 2011

A ce jour, le territoire régional fait l'objet d'un découpage en 133 Espaces de Santé de Proximité (ESP). Parmi ces 133 territoires :

- 119 ESP, dont les 16 arrondissements de Marseille, apparaissent comme suffisamment solides et dotés - au regard des critères utilisés par l'ARS - pour constituer des pôles de santé de proximité ;
- 14 ESP, spécifiés dans la carte 9, sont restés des territoires isolés et font l'objet d'une attention particulière en matière d'observation.

Carte 9
Périmètres des Espaces de Santé de Proximité



ANNEXE TECHNIQUE 2
SOURCES ET ELEMENTS METHODOLOGIQUES POUR DECRIRE L'OFFRE LIBERALE

AVERTISSEMENT

Les données fournies en matière d'offre de santé de proximité font ici l'objet d'une transformation visant à leur donner du sens en matière de rareté de l'offre (implantation et capacité de production de soins).
Pour être réellement partagés, les indicateurs proposés dans ce document devraient faire l'objet d'un débat critique, puis d'un consensus par profession.

I – SOURCES UTILISEES

Dénombrement des effectifs des professionnels de santé libéraux : base de données de l'Assurance maladie (vue des praticiens VPRA). Sont considérés dans l'analyse tous les professionnels installés au 01/01/2010 ayant une activité libérale (une partie de leur activité peut également être salariée).

Evaluation de l'activité libérale individuelle : base de données de l'Assurance maladie (Système National Inter Régimes PS) pour l'année 2009.

Démographie générale : INSEE 2010, recensement de la population pour l'année 2008.

II DESCRIPTION DE L'ACTIVITE INDIVIDUELLE

Aspects généraux

Pour toute profession libérale incluse dans l'analyse (omnipraticiens - généralistes et Médecins à exercice particulier - infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, orthophonistes et orthoptistes), on dispose des données individuelles suivantes communes :

- ✓ âge, sexe, communes d'installations (pour les cabinets principaux et secondaires appelés ici « cabinets à activité partagée »), le fait d'avoir une activité salariée, date de la première installation dans le département ;
- ✓ activité (mesurée en fonction de la profession considérée).

Pour les omnipraticiens, des informations complémentaires sont également exploitables : secteur conventionnel (secteur I ou honoraires libres), exercices particuliers (permettant de différencier les généralistes)

Description des données d'activité

Le niveau d'activité de chaque professionnel est décrit par dénombrement des actes produits en 2009. Par convention, les champs suivis sont les suivants :

- ✓ pour tout omnipraticien, les Consultations (C) et Visites (V), les actes en K, KC et Z (radiologie) issues de la nomenclature des actes généraux (NGAP), ainsi que les actes de CCAM (ADI, ADE, ATM, ADO, ADC) ;

- ✓ pour tout chirurgien dentiste, les actes de Soins conservateurs (SC, D, DC) et les actes en SPR ;

- ✓ pour tout infirmier, les actes en AMI et AIS ;

- ✓ pour tout masseur-kinésithérapeute, les actes en AMC, AMK et AMS ;

- ✓ pour tout orthophoniste, les actes en AMO ;
- ✓ pour tout orthoptiste, les actes en AMY.

La production d'indicateurs individuels d'activité : les notions de « forte activité » et d'impact saisonnier

- ✓ **« forte activité individuelle »**

Par convention, l'activité individuelle des libéraux de Paca est comparée à l'activité moyenne individuelle observée au niveau national. On considère que l'activité d'un professionnel est « forte » si elle dépasse de plus de 20% la référence nationale pour sa catégorie professionnelle (pour les omnipraticiens, elle est par exemple de 5000 actes approximativement. Un professionnel est considéré comme ayant une forte activité si elle dépasse les 6000 actes/an).

Tableau 1 : références nationales issues du SNIR

	Activité France	Forte activité = activité moyenne France + 20%	Densité France	Densité faible = Densité France - 20%
Omnipraticiens	4967,6	5961,12	98	78,4
Infirmiers	7776	9331,2	93,6	74,88
Masseurs Kinésithérapeutes	4198	5037,6	77	449,6
Orthophonistes	1640	1968	21,2	16,96
Orthoptistes	2704	3244,8	2,7	3,76
Dentistes (SC + D + SPR + DC)	1860	2232	58,5	46,8

Source : Eco-santé 2008 et 2009 – IRDES (accessible depuis AMELI.fr)

- ✓ **« impact individuel de la saisonnalité » (évalué à partir des données du Régime général uniquement)**

Toujours par convention, on considère que l'activité individuelle d'un omnipraticien est impactée par des facteurs saisonniers si :

- la saisonnalité est très marquée, concrètement si la proportion des actes produits durant la période d'étude (premier trimestre de l'année pour l'impact hivernal, juillet/août pour l'impact estival) est supérieure à la valeur de la médiane mesurée des omnipraticiens pour cet indicateur ;
- et si son activité est « élevée » (nombre d'actes mesuré en dates de soins) durant la période *id est* si son activité est supérieure à la valeur de l'activité médiane mesurée dans la région.

A noter que cette évaluation est produite pour les populations issues du régime général uniquement ce qui peut réduire la pertinence du second critère d'inclusion dans les zones à forte dominante rurale puisqu'une proportion particulièrement importante de l'activité individuelle n'y est pas mesurée.

III DE LA DESCRIPTION INDIVIDUELLE A L'ELABORATION D'INDICATEURS AGEREGES PAR (ESP)

Caractériser l'offre dans les ESP ou dans les cantons « FNORS » revient à agréger et à dégager du sens à partir des mesures individuelles.

- ✓ **Notion Graduation des fragilités sur un territoire**

1) La situation la plus défavorable pour un territoire est de façon évidente la pénurie d'offre.

2) Plus généralement, la faiblesse des effectifs révèle de fait une fragilité territoriale. En associant ce dénombrement à la part des professionnels plus de 60 ans, il permet le repérage immédiat de territoires très fragiles ou en dangers à court terme du fait d'un risque de pénurie absolue d'offre.

3) Si à ces premiers indicateurs on associe les densités observées d'offre, on peut identifier trois catégories graduées de territoires fragiles :

- des territoires fragiles du fait d'effectifs faibles (et éventuellement un vieillissement avancé des professionnels) avec de faibles densités d'offreurs ;
- des territoires fragiles du fait d'effectifs faibles (et éventuellement un vieillissement avancé des professionnels) avec de fortes densités d'offreurs ;
- des territoires avec de faibles densités d'offreurs mais des effectifs élevés.

Ces trois catégories n'appellent vraisemblablement pas les mêmes réponses organisationnelles (implantation nouvelle, collaboration de l'offre existante…), c'est pourquoi il est important de les différencier.

✓ **Facteurs aggravants à court terme**

4) Le niveau « (apparent) de saturation » de l'activité des professionnels libéraux est un facteur susceptible d'aggraver la situation locale en matière d'accès potentiel à l'offre libérale. Il convient ici de différencier plusieurs configurations possibles, lesquelles sont fonction du degré de fragilité détectée à l'étape précédente. Par exemple, dans le cas d'effectifs faibles, de densités faibles associées à de fortes activités, on peut admettre que, sous réserve de viabilité économique à étudier précisément, une ou plusieurs nouvelles implantations puissent être une piste organisationnelle.

5) Un deuxième facteur - à examiner également - est la proportion d'omnipraticiens à honoraires libres (susceptibles d'effectuer des dépassements d'honoraires). Le niveau élevé de cet indicateur en association à de faibles effectifs (ou bien de faibles densités et/ou une saturation élevée de l'activité), contribue à restreindre l'éventail des choix possibles des populations (notamment les plus défavorisées) en matière d'accès aux soins

6) Enfin, le facteur saisonnier est fréquemment avancé comme susceptible d'accroître les difficultés.

✓ **Prise en considération de ces facteurs dans le cas des généralistes : application cartographique**

Dans les cartographies utilisées, ces différentes fragilités seront retranscrites <u>par convention</u> de la manière suivante :

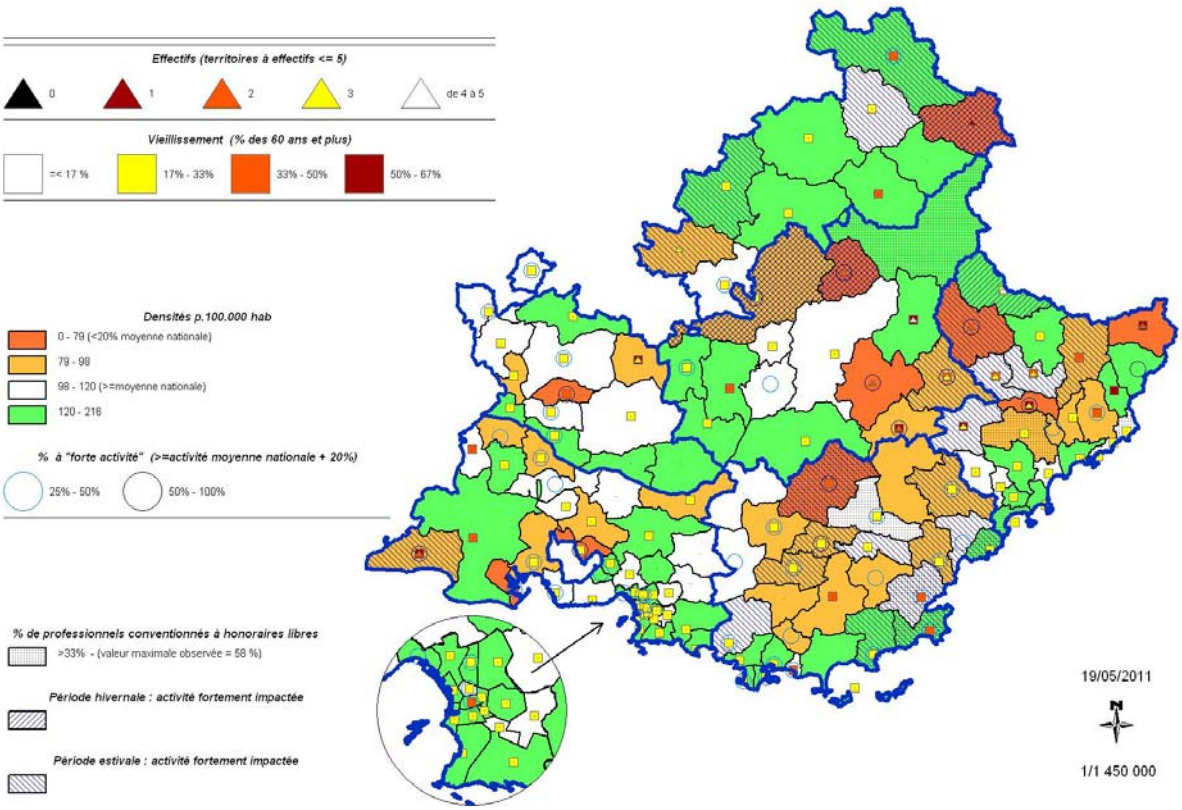
- en deçà de 5 professionnels installés sur un territoire, on considère qu'il faut s'intéresser au risque de pénurie sur un ESP ;

- tout territoire est identifié comme fragile pour le critère de densité si celle-ci est inférieure de 20% à la moyenne nationale ;

- tout territoire est identifié comme « fortement saturé » en matière de production de soins si la proportion de médecins ayant une forte activité dépasse le seuil de 50% ;

- si la proportion de médecins omnipraticiens à honoraires libres est supérieure à 33%, le territoire fait l'objet d'une attention particulière pour ce critère ;

- si la proportion de médecins omnipraticiens impactés par les éventuels phénomènes de « saisonnalité » est respectivement supérieure à 40% l'hiver et 50% l'été, alors nous l'avons signalé au plan cartographique.



- ✓ **Autres professions libérales**

En dehors des indicateurs les plus classiques (dénombrements, densités, fortes activités), l'identification de territoires fragiles reste à construire pour ces professions.

ANNEXE 3 :
ETAT DES LIEUX PAR TERRITOIRE DE SANTE

Rappel méthodologique :

Cette annexe dresse un état des lieux détaillé, dans chaque département, de l'offre de santé de proximité (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, masseur kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) et de son environnement sanitaire et médico-social.

Pour ce qui concerne les médecins généralistes :
Pour chaque département, un tableau synthétique met en évidence les ESP présentant l'une et/ou l'autre des caractéristiques suivantes :

- un faible effectif de médecins (moins de 6) : la faiblesse de l'effectif est considérée comme le premier facteur de fragilité d'un territoire ;
- une densité médicale inférieure à la moyenne nationale (98/100000 hab).

Sur ces ESP, 4 indicateurs supplémentaires viennent compléter l'état des lieux :

- la part des médecins âgés de plus de 60 ans ;
- la part des médecins ayant une forte activité ;
- la part des médecins à honoraires libres ;
- la part des médecins ayant une suractivité en été et/ou en hiver.

(Cf. Annexes 2 et 3 sur contenu précis de ces indicateurs).

A ces tableaux synthétiques, sont éventuellement ajoutés des ESP pour lesquels les groupes de travail départementaux ont signalé des difficultés particulières (difficultés organisationnelles, départs récent de professionnels, etc.…).

Pour ce qui concerne les autres professionnels de santé de proximité :

- l'état des lieux est complété par des données relatives aux infirmiers, aux masseurs ;
- kinésithérapeutes, aux chirurgiens dentistes, aux modes d'exercice coordonné (réseaux, centres et maisons de santé), à l'environnement médico-social et sanitaire ;
- la question de l'implantation des officines de pharmacie est traitée dans un paragraphe ;
- spécifique, car aucune particularité territoriale ne se dégage et l'implantation des officines est largement réglementée.

Enfin, quelques remarques sur les perspectives en matière de formation des médecins généralistes viennent compléter cet état des lieux.

Alpes de Haute Provence.

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée
Globalement les cantons regroupés du territoire des Alpes de Haute Provence sont caractérisés par un taux de mortalité identique ou inférieur au niveau national. Le canton regroupé des Mées accuse une surmortalité générale et prématurée supérieure à la moyenne nationale ; celui de Barcelonnette un taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales, infectieuses et parasitaires supérieur à la moyenne nationale mais une mortalité par cancer et cardiopathies ischémiques inférieure.

Population et conditions de vie
La plupart des cantons regroupés sont en classe 2 : population rurale, âgée, peu peuplés, revenus plutôt faibles et peu d'allocataires de prestations sociales.
Le canton regroupé de Digne se présente en classe 5 : villes centre et périurbaines avec de forts contrastes sociaux.
Les cantons regroupés de Manosque, Reillanne, Valensole et Riez sont en classe 3 : peuplés, difficultés professionnelles, forte proportion d'allocataires de prestations diverses.
Tous les cantons regroupés ont un taux de bénéficiaires de la CMUC inférieur à la moyenne régionale[89].

Démographie des professionnels de santé

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	Vieillissement	Forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Seyne les Alpes	+	-20%		+		Hiver été
St André les Alpes	+	-20%		+		
Annot	+	Entre -10% et -20%	++	+		Eté
Sisteron		Entre -10% et -20%	+	+		Hiver été
Castellane	+	Entre -10% et -20%	+++	+		
Allos	+	Supérieure	+++			

A noter que plus de 33% des médecins généralistes de l'ESP de Barcelonnette pratiquent les honoraires libres.

Les infirmiers
Globalement les ESP ont une densité identique ou supérieure à la médiane régionale.
Se distinguent l'ESP d'Annot avec une densité inférieure à la moyenne nationale, de faibles effectifs et une suractivité.
Même si les densités sont dans la norme nationale, il est constaté de faibles effectifs sur Castellane, Saint André les Alpes et Allos, aggravés par une forte activité des professionnels sur St André les Alpes.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les ESP de Annot et Château-Arnoux accusent une densité inférieure à la médiane régionale, mais identique à la moyenne nationale
L'ESP d'Annot se caractérise par de faibles effectifs, un vieillissement de ses masseur kinésithérapeutes, et une forte activité ; celui de Château-Arnoux par une forte activité et un vieillissement modéré.
L'ESP de Banon est caractérisé par une forte densité, mais des effectifs faibles et vieillissants.

[5] Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010

Les chirurgiens dentistes
De nombreux ESP se caractérisent par une densité inférieure à la moyenne nationale : Forcalquier, Banon, Oraison, Allos, Annot, Castellane et St André les Alpes.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé et les maisons pluri-professionnelles
Un seul Centre de Santé polyvalent est installé à Manosque ; il existe 4 centres de santé dentaires à Sainte Tulle, Manosque, Sisteron et Digne.
Trois projets de maisons de santé pluri-professionnelles sont en cours à Castellane, St Etienne les Orgues et Moustiers.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de santé
Les réseaux régionaux sont présents sur ce territoire, qu'ils concernent l'oncologie, la périnatalité ou le handicap. Un réseau gérontologique couvre le département à l'exception de Digne. Une maison des adolescents est en projet.

L'environnement médicosocial
Avec un équipement autorisé de 12 SSIAD (soit 25,75 places /1000 habitants de 75 ans et plus), le territoire des Alpes de Haute Provence se situe au dessus de la moyenne régionale (18,32/1000 habitants de 75 ans et plus). Il en est de même pour les places d'EHPAD : 119,21/1000 personnes âgées de 75 ans et plus (région : 88,26/1000 personnes âgées de 75 ans et plus) (source Finess au 12 janvier 2011).

L'environnement sanitaire
Avec une dizaine d'établissements publics de santé ex-hôpitaux locaux en zone rurale, le territoire dispose de points d'appui pour la médecine de proximité. Les établissements de santé de court séjour disposants de plateaux techniques se situent à Digne, Manosque et Sisteron (source ARS PACA Bilans territoriaux).

Hautes Alpes

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée
L'ensemble des cantons regroupés présente un taux de mortalité générale et prématurée identique ou inférieur à la moyenne nationale.

Population et conditions de vie :
Les cantons regroupés du nord du département sont classés en 1 : population rurale, plutôt favorisée socialement.
Ceux du sud sont classés en 2 : ruraux, population âgée, peu peuplés, revenus plutôt faibles et peu d'allocataires de prestations sociales.
Gap se comporte comme une ville centre et périurbaine, avec de forts contrastes sociaux, et des fragilités sociales.
Mônetier les Bains se caractérise comme une zone urbaine et périurbaine avec une population jeune socialement favorisée où les cadres et professions intellectuelles sont fortement représentées.
Aucun des cantons regroupés n'a un taux de bénéficiaires de la CMUC supérieur à la moyenne régionale
(Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010)

Démographie des professionnels de santé :

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	Forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Aiguilles	Absence de MG	- 20%				Hiver été
Serres	+	Entre -10 et -20%				été

L'ESP de l'Argentière a été confronté en 2011 au départ de la quasi-totalité de ses médecins, sans remplacement prévu. Cet ESP n'apparaît donc pas comme problématique sur les cartes (données 2010), mais doit pourtant être pris en considération.
Dans une moindre mesure, l'ESP de St Bonnet a connu récemment les mêmes difficultés.

Les infirmiers
On note sur l'ensemble des ESP une densité égale ou supérieure à la valeur médiane de la région PACA. Se distingue l'ESP d'Aiguilles avec un faible effectif de professionnels et une suractivité.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les ESP se caractérisent par une densité égale ou supérieure à la valeur médiane régionale.
Les ESP de Serres et d'Aiguilles sont caractérisés par un faible effectif avec une forte activité sur Serres.

Les chirurgiens dentistes
Les ESP d'Aiguilles, l'Argentière, Laragne et Saint Bonnet se caractérisent par une faible densité.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé et les maisons pluri-professionnelles
Deux Centres de Santé dentaires sont installés à Gap et Briançon.
Deux projets de maisons de santé pluri-professionnelles sont en cours à Aiguilles et à l'Argentière.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de santé
Les réseaux régionaux sont présents sur ce territoire que ce soit sur l'oncologie, la périnatalité ou le handicap.

Deux réseaux sont spécifiques au département : un réseau de soins palliatifs (en cours d'évaluation) et un réseau gérontologique.

L'environnement médico-social
Avec 10 services de SSIAD et un équipement de 33,01 places /1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus région 18, 32/1000), et 102,71 places d'EHPAD /1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus région 88, 26/1000), le territoire est bien équipé (source Finess au 12 janvier 2011).

L'environnement sanitaire
Deux établissements publics de santé ex-hôpitaux locaux sont présents à Aiguilles et Laragne.
Les établissements de santé de court séjour disposants de plateaux techniques se situent à Briançon, Embrun et Gap (source ARS PACA Bilans territoriaux).

Alpes Maritimes

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée
Globalement elle est identique ou inférieure à la moyenne nationale dans la plupart des ESP. Néanmoins se distinguent :
- le canton regroupé de Tende avec un taux de mortalité générale et prématurée important ;
- le canton de Breil sur Roya avec un taux de mortalité générale et prématurée supérieur à la moyenne nationale ;
- les cantons de Saint Etienne de Tinée, Saint Sauveur sur Tinée et Villars sur Var avec une mortalité supérieure par maladies vasculaires cérébrales, infectieuses et parasitaires et inférieure par cancer.

Population et conditions de vie
De nombreux cantons regroupés sont classés en 2 dans le haut pays : zones rurales peu peuplées, population âgée, revenus plutôt faibles avec peu d'allocataires de prestations sociales.
La bande littorale est classée en 5 : villes centres et périurbaines avec de forts contrastes sociaux, des personnes plutôt favorisées et des fragilités sociales.
Les cantons regroupés de Saint Auban, Coursegoules, Bars sur Loup et Saint Vallier de Thiey sont classés en 6 et présentent les caractéristiques des zones périurbaines avec une population jeune, socialement favorisée et une forte représentation de cadres et professions intellectuelles supérieures.
Le haut pays et l'est du département sont caractérisés par une forte proportion de personnes âgées.
Aucun des cantons regroupés ne présente un taux de bénéficiaires de la CMUC supérieur à la moyenne régionale (Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010).

Démographie des professionnels de santé

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Tende	+	- 20%	+++			
Péone	+	- 20%		+		Eté
Gillette	+	- 20%	+++	+		
Roquebillière		Entre -10% et -20%	++			Eté
Contes		Entre -10% et -20%	++	+		
Vence		Entre -10% et -20%	+		+	
Tourette Levens		Entre -10% et -20%	+			
Carros		Entre -10% et -20%		+		
Puget Théniers	+		+++			Eté
Andon	+		++			Eté
Villars sur Var	+		+			Eté
St Etienne de Tinée	+					Hiver

Les ESP de Vence, Cannes et Menton ont un taux de médecins en secteur II supérieur à 33%.
La plupart des ESP du haut pays sont impactés par l'activité saisonnière d'été.

Les infirmiers
On note sur l'ensemble des ESP une densité égale ou supérieure à la moyenne nationale, à l'exception de l'ESP de Breil sur Roya sur lequel on observe une densité largement inférieure à la densité nationale, de faibles effectifs et une suractivité.

Dans une moindre mesure les ESP de Valdeblore et Péone se caractérisent par une densité inférieure à la moyenne nationale et de faibles effectifs.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les ESP de Tende, Valdeblore et Gillette accusent une densité largement inférieure à la moyenne nationale avec de faibles effectifs et une suractivité sur Tende.
Dans une moindre mesure, la densité est également inférieure à la moyenne nationale sur les ESP de Contes, Andon et Peymeinade.

Les chirurgiens dentistes
Les ESP de Breil, Sospel, Contes, Valdeblore, Péone et Villars sur Var accusent une densité de dentistes inférieure à la moyenne nationale.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé et les maisons pluri-professionnelles
12 centres de santé dentaires sont installés sur ce territoire : Nice, Cannes, Antibes, Menton, Grasse, Saint Laurent du Var.
Par ailleurs, il existe 4 Centres de santé médicaux et 2 Centres de santé polyvalents (médicaux et dentaires) à Nice.

Le conseil général a accompagné la mise en place de 5 maisons de santé pluri-professionnelles, dont celle de Valderoure aujourd'hui fonctionnelle.
Quatre projets de maisons de santé sont en cours d'accompagnement méthodologique : Puget Thénier, Roquesteron, Roquebillière et Breil sur Roya.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de santé
Les réseaux régionaux spécialisés en oncologie, périnatalité et handicap sont présents dans les Alpes Maritimes.
Il existe des réseaux spécifiques au territoire des Alpes Maritimes en gérontologie, diabète, addiction, soins palliatifs et souffrance psychique (maison des adolescents).
Par ailleurs, il faut noter la présence d'un réseau polyvalent (le centre de soutien aux réseaux de santé), d'une plateforme d'information sur la pratique des généralistes et d'un dispositif d'optimisation des prises en charges paramédicales en ville.

L'équipement médico-social
Le département des Alpes maritimes compte 41 services de SSIAD, ce qui représente 19,59 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 18,32/1000 en PACA)
Les EHPAD offrent 95,34 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 88,26/1000 en PACA). (Source Finess au 12 janvier 2011)

Les établissements sanitaires
Le territoire dispose de six établissements publics de santé ex-hôpitaux locaux situés dans le haut pays sur lesquels une offre de proximité pourrait se positionner. (Source ARS PACA Bilans territoriaux).
Les établissements disposants de plateaux techniques sont situés essentiellement sur la côte.

Bouches du Rhône

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée :
Globalement tous les cantons regroupés ont un taux de mortalité comparable ou inférieur au niveau national.

Population et conditions de vie
Trois classes sont principalement représentées :
- Marseille et l'Est du département sont en classe 5 et 6 : villes centres et périurbaines avec de forts contrastes sociaux et une population jeune ;
- l'ouest du département est en classe 3 : peuplé, difficultés professionnelles, forte proportion d'allocataires de prestations diverses.

CMUC : Les cantons regroupés de Marseille, Martigues, Tarascon, Arles, Port St louis du Rhône ont une part d'assurés sociaux bénéficiaires de cette prestation bien supérieure à la moyenne régionale.
(Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010)

Démographie des professionnels de santé

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Port St louis du Rhône		- 20%		+		
Berre l'Etang		- 20%	+	+		
Ste Marie de la mer	+	Entre -10% et -20%	+++	+		Eté
Chateaurenard		Entre -10% et -20%		+		
Sénas		Entre -10à et -20%	+	+		
Pelissanne		Entre -10% et -20%	+			
Puy Ste Réparade		Entre -10% et -20%	+			
Istres		Entre -10% et -20%	+	+		

Les infirmiers
Dans la majorité des ESP, les densités d'infirmiers sont très largement supérieures à la moyenne nationale.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les densités sont conformes ou supérieures à la moyenne nationale ; on constate pour la plupart des ESP une activité relativement élevée.

Les chirurgiens dentistes
Les ESP des Sainte Marie de la mer, d'Istres, de Port Saint Louis du Rhône et de Trets accusent une densité inférieure de 20% à la moyenne nationale.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé
Le département dispose d'un équipement important en centres de santé :
- 29 centres de santé dentaires.
- 13 centres de santé médicaux essentiellement sur le pourtour de l'Etang de Berre. Les faibles densités de médecins généralistes libéraux dans cette zones doivent être appréciées au regard de l'offre des centres de santé.
- 8 centres de santé polyvalents.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de Santé
L'ensemble des réseaux régionaux spécialisés sont présents sur le territoire qu'ils concernent la prise en charge en oncologie, en périnatalité ou le handicap.
De nombreux réseaux spécifiques au département sont présents sur le territoire : gérontologie, diabète, addiction, handicap, soins palliatifs, souffrance psychique (maison des adolescents).
Il existe deux réseaux polyvalents : une coordination de proximité et un dispositif de soins de suite infirmiers et soins de support étendu à d'autres départements.
Par ailleurs, il existe plusieurs dispositifs relatifs à la consommation de psychotropes, à l'amélioration de la pratique des IVG et à la permanence de masseur kinésithérapeutes pour les bronchiolites à domicile.

L'équipement médico-social
64 services de SSIAD sont présents sur le département, soit 17,28 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 18,32 places/1000 en PACA).
Le taux d'équipement en EHPAD est de 84,54 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 88,26 places/1000 en PACA). (Source Finess au 12 janvier 2011)

L'équipement sanitaire
L'offre en établissements de santé de court séjour dotés de plateaux techniques est dense et complexe sur le département.
Il n'existe qu'un seul établissement public de santé ex-hôpital local, situé à Beaucaire/Tarascon (source ARS PACA Bilans territoriaux).

Le Var

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée
Globalement les cantons regroupés ont un taux de mortalité générale et prématurée identique ou inférieur à la moyenne nationale. Le canton regroupé de la Seyne se distingue avec un taux de mortalité générale et prématurée élevé.

Population et conditions de vie
Les caractéristiques populationnelles du département sont très hétérogènes.
Les cantons du centre et du nord du département se distinguent des cantons côtiers et se comportent comme des zones de classe 3 : peuplés, difficultés professionnelles et forte proportion d'allocataires de prestations diverses.

Toulon est classés en 5 : villes centres et périurbaines avec de forts contrastes sociaux. Le canton de Rians se comporte comme celui de Toulon.
Trois cantons regroupés ont un pourcentage de bénéficiaires de la CMUC supérieur à la moyenne régionale (9,2%) Toulon, La Seyne et Brignoles. (Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010)

Démographie des professionnels de santé :

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Aups		- 20%	++	+	+	été
Figanières		entre -10% et -20%				
Montauroux		entre -10% et -20%	+	+		été
Garéoult		entre -10% et -20%				
Vidauban		entre -10% et -20%		+		
Cuers		entre -10% et -20%	++			
Barjols		entre -10% et -20%	+	+		
Brignoles		entre -10% et -20%	+	+		été
Roquebrune		entre -10% et -20%	+	+		été
Carces		entre -10% et -20%	+	+		été
Solies Pont		entre -10% et -20%		+		

Il faut noter que quatre ESP ont une part de praticiens conventionnés à honoraires libres supérieure à 33% : Aups, Draguignan, Cavalaire et Ste Maxime

Les infirmiers
L'ensemble des ESP ont une densité identique ou supérieure à la moyenne nationale, à l'exception de l'ESP de Figanières qui se distingue par une densité inférieure de 20% à la moyenne nationale.

Les masseurs kinésithérapeutes
Les ESP d'Aups et Carcès cumulent une densité inférieure de 20% à la moyenne nationale et des effectifs faibles de professionnels.

Les chirurgiens dentistes
On note au niveau des ESP de Vidauban, Cuers, Garéoult, Saint Maximin, et Barjols une densité inférieure à la moyenne nationale.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé et les maisons pluri-professionnelles

7 centres de santé dentaires sont installés sur le département : Le Luc, Ollioules, Toulon, Saint Raphaël, Brignoles et Cogolin.
Il existe par ailleurs 5 centres de santé médicaux : Brignoles, Le Luc, Ollioules, Toulon (2).
Une étude de faisabilité pour un projet de maison de santé pluri-professionnelle est en cours à Carcès.

Modes d'exercice coordonnés : les réseaux de Santé
Les réseaux régionaux spécialisés sont présents sur le territoire : oncologie, périnatalité, handicap.
Il existe par ailleurs des réseaux spécifiques au département en gérontologie (1), soins palliatifs(2) et en diabétologie.
Deux dispositifs expériences de ville, relatifs à la permanence de soins de masseurs kinésithérapeutes et à l'échange de pratiques sont présents sur le territoire.

L'environnement médico-social
28 services de SSIAD sont installés sur le département, soit un taux d'équipement de 15,32 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 18,32 places/1000 en PACA)
Le taux d'équipement en EHPAD est de 79,10 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 88,26 places/1000 en PACA) (source Finess au 12 janvier 2011).

L'environnement sanitaire
Un seul établissement public de santé ex-hôpital local est présent au Luc (source ARS PACA Bilans territoriaux).
Le département est bien pourvu en établissements sanitaires de court séjour, essentiellement sur la bande côtière où se concentre la majorité de la population.

Le Vaucluse

Caractéristiques des cantons regroupés selon la typologie FNORS

Mortalité générale et prématurée :
La situation est globalement favorable sur l'ensemble des ESP, avec un taux de mortalité générale et prématurée inférieur à la moyenne nationale.

Population et conditions de vie :
Une part importante des ESP sont en classe 3 : zones peuplées, difficultés professionnelles, forte proportion d'allocataires de prestations diverses.
Le canton regroupé d'Avignon se caractérise, comme toutes les zones urbaines et périurbaines, par de forts contrastes sociaux, une population plutôt favorisée mais avec des fragilités sociales.
Seuls quelques cantons regroupés sont classés 1 : zones rurales, situation socio-démographique moyenne, plutôt favorisés par rapport à la France : Cadenet, Bonnieux, Gordes et Pernes les Fontaines.
Part des assurés de moins 65 ans bénéficiaires de la CMUC : le canton regroupé d'Avignon se situe au dessus de la moyenne régionale pour cet indicateur (Source - Etat de santé et inégalités en région PACA ARS ORS PACA 2010)

La démographie des professionnels de santé

Les médecins généralistes

ESP	Faibles effectifs (<6 MG)	Densité médicale (rapport à la moyenne nationale)	vieillissement	forte activité	Honoraires libres	Activité saisonnière
Pernes le Fontaines		- 20%	++	+		
Sault	+	Entre-10 et -20%	+++			
Sorgues		Entre-10 et -20%	+			

Bien que l'ESP de Pernes se distingue statistiquement, les membres du groupe de travail ne mettent en évidence aucune difficulté particulière sur cette zone.

Les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes
Tous les ESP ont une densité supérieure à la moyenne nationale pour ces deux catégories de professionnels.
Seul l'ESP de Sault présente une densité d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes inférieure de plus de 20% à la moyenne nationale, aggravé par un faible effectif pour les deux professions.

Les chirurgiens dentistes
La situation de cette profession dans le département est globalement satisfaisante, à l'exception de l'ESP de Sorgues qui se caractérise par une densité inférieure à la moyenne nationale.

Modes d'exercice coordonné : les centres de santé
10 centres de santé dentaires sont présents sur le territoire : Avignon (4), Orange (2), Sorgues, Cavaillon (2) et Carpentras.

Modes d'exercice coordonné : les réseaux de santé
Les réseaux régionaux présents sur le territoire concernent l'oncologie, la périnatalité et le handicap.
Des réseaux spécifiques au département sont installés : polyvalents, addictologie, soins palliatifs et souffrance psychique (maison des adolescents).

L'environnement médico-social
15 SSIAD sont présents sur le département, avec un taux d'équipement de 19,06 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 18,32 places/1000 en PACA).

Par ailleurs le taux d'équipement en EHPAD est inférieur à la moyenne régionale : 69,92 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (versus 88, 26 places/1000 en PACA) (source Finess au 12 janvier 2011)

L'environnement sanitaire

L'ensemble du département est couvert par des établissements de court séjour dont le temps d'accès pour les patients n'excède pas 30 mn, à l'exception de l'ESP de Sault. Quatre établissements publics de santé ex-hôpitaux locaux sont par ailleurs présents sur le territoire (source ARS PACA Bilans territoriaux).

Les pharmaciens (Dr Laurence GERAKIS, Pharmacien Inspecteur de Santé Publique)

Le contexte règlementaire

Le système de répartition des officines de pharmacie, institué par la Loi du 11 septembre 1941 est fondé sur des critères démo-géographiques et s'assimile à une planification ; elle vise à ce que l'offre officinale soit en corrélation avec les besoins pharmaceutiques de la population.

C'est la Loi du 19 décembre 2007 qui pose désormais les conditions d'ouverture d'une officine de pharmacie dans les communes :

- dans une commune d'au moins 2500 habitants dépourvue d'officine, une ouverture peut être autorisée ;
- dans une commune de plus de 2500 habitants avec déjà une ou plusieurs officines, une ouverture peut être autorisée par tranche supplémentaire de 3500 habitants.

Cependant la règle est à la priorisation des regroupements d'officine sur les transferts et en dernier lieu les créations.
L'âge moyen national des pharmaciens titulaires d'officine est de 47 ans.

Les données régionales

Pour leur première installation en officine, les jeunes pharmaciens privilégient plutôt la moitié nord de la France (coût de l'investissement moindre).
Le littoral méditerranéen se caractérise donc par une moyenne d'âge plus élevée des pharmaciens titulaires d'une officine.

Le nombre d'étudiants en pharmacie admissibles en deuxième année d'études à la faculté de Marseille était de 191 en 2009 et 2010, il est de 149 en 2011.

La densité pharmaceutique par habitant met en lumière une bonne répartition des officines.
En 2009, le nombre d'habitants par pharmacie en moyenne nationale est de 2849.

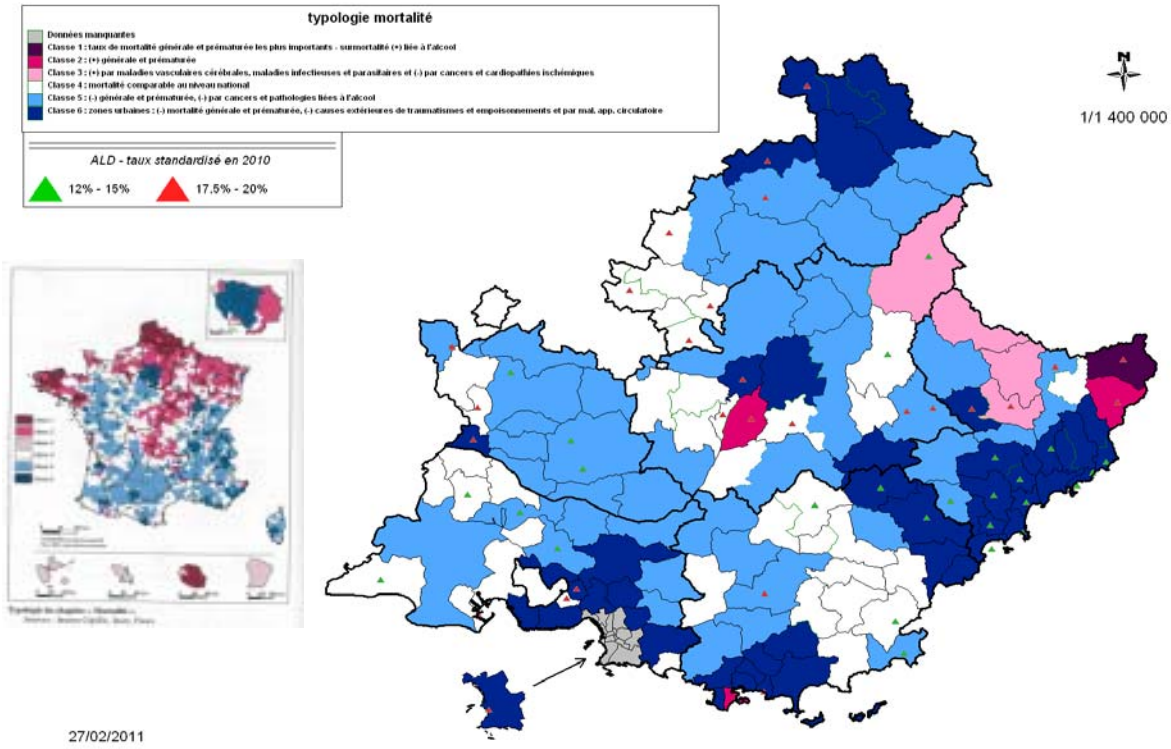
Département	Nombre de pharmacies	Population municipale	Habitants / pharmacie
04	61	157.965	2590
05	55	134.205	2440
06	465	1.084.428	2332
13	771	1.966.005	2550
83	370	1.001.408	2706
84	201	538.902	2681

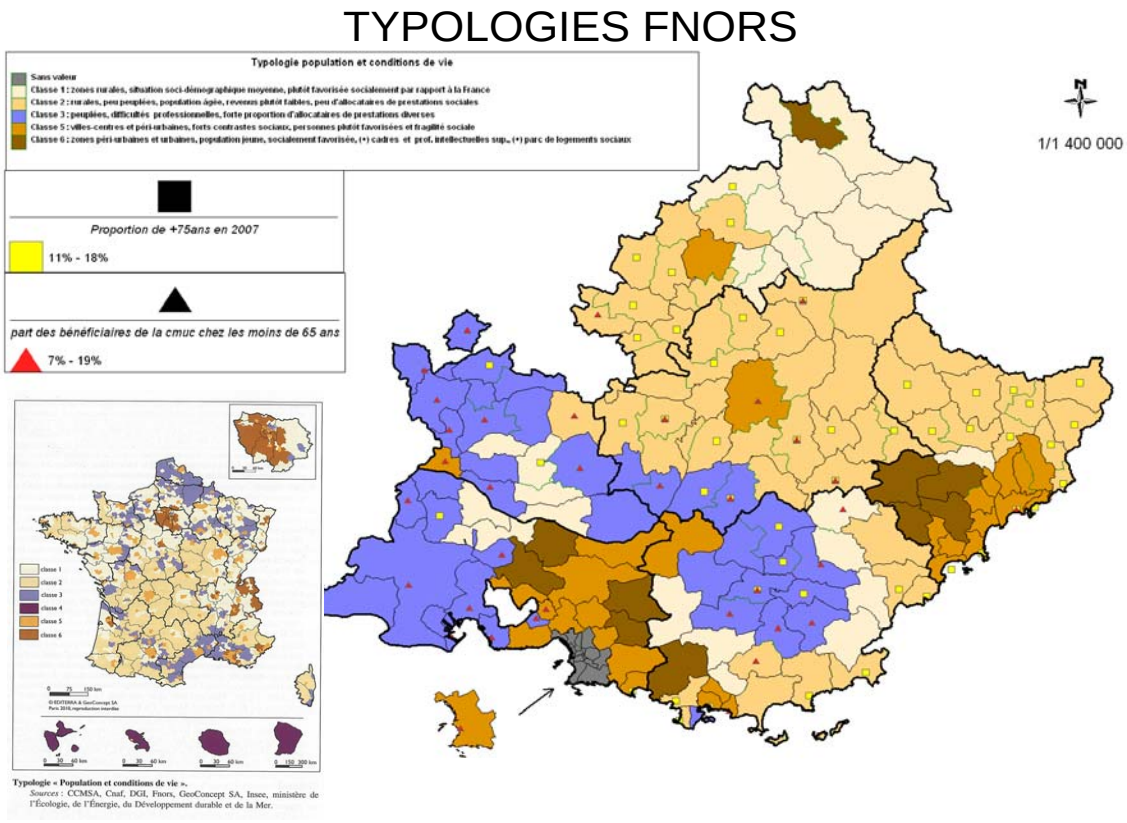
Dans la plus part des grandes villes, les pharmacies sont en nombre excédentaire.
Dans les zones de plus faibles densités démographiques, liées à une certaine désertification ou à des contraintes topographiques, l'approvisionnement de la population en médicaments de première nécessité est assuré par des médecins dits propharmaciens, présents sur le territoire régional au nombre de 25.

Il n'apparait pas de nécessité à l'implantation d'officines supplémentaires, d'autant que l'économie officinale actuelle est plutôt défaillante.

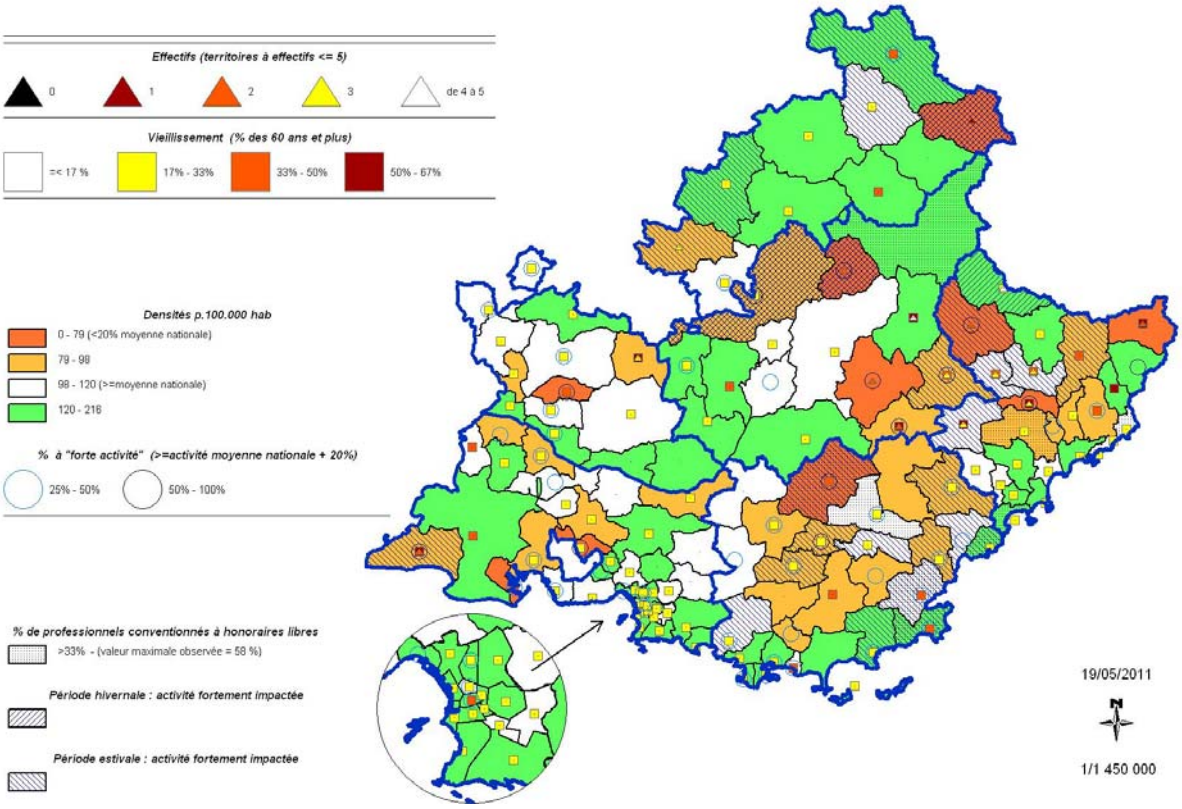
Les cartes

Typologies FNORS

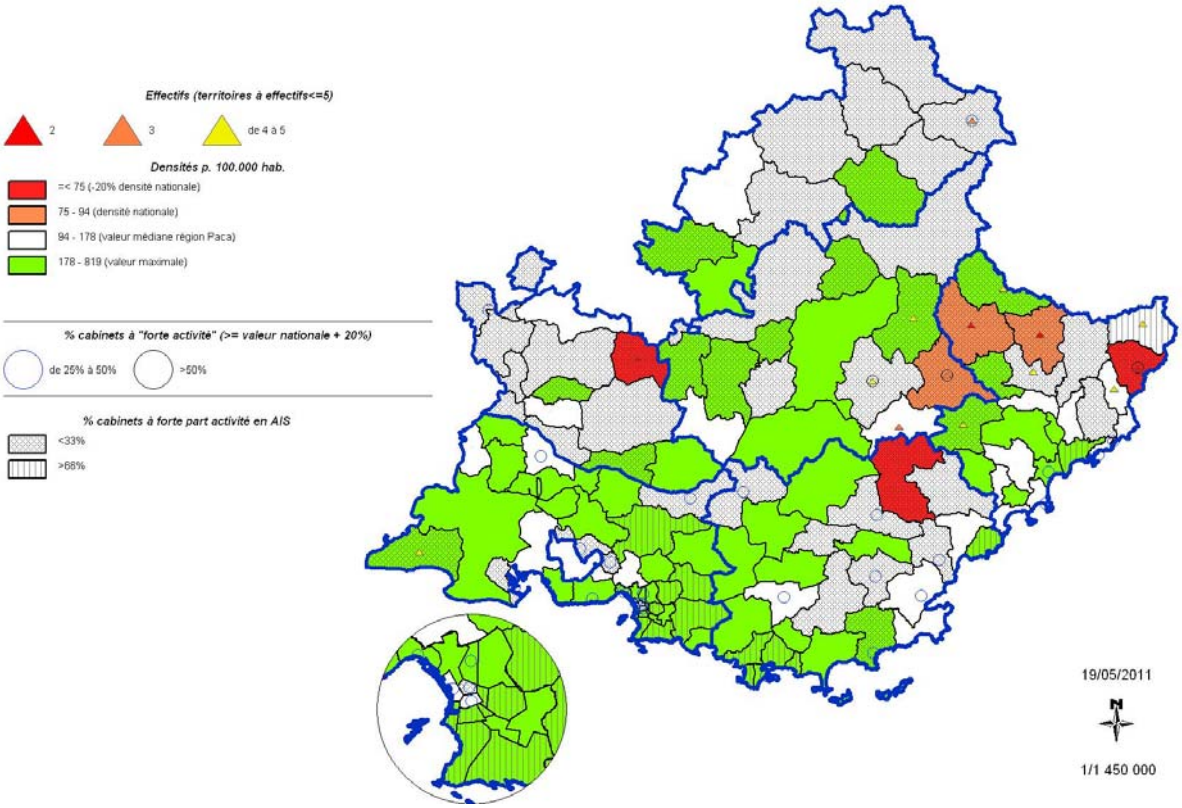




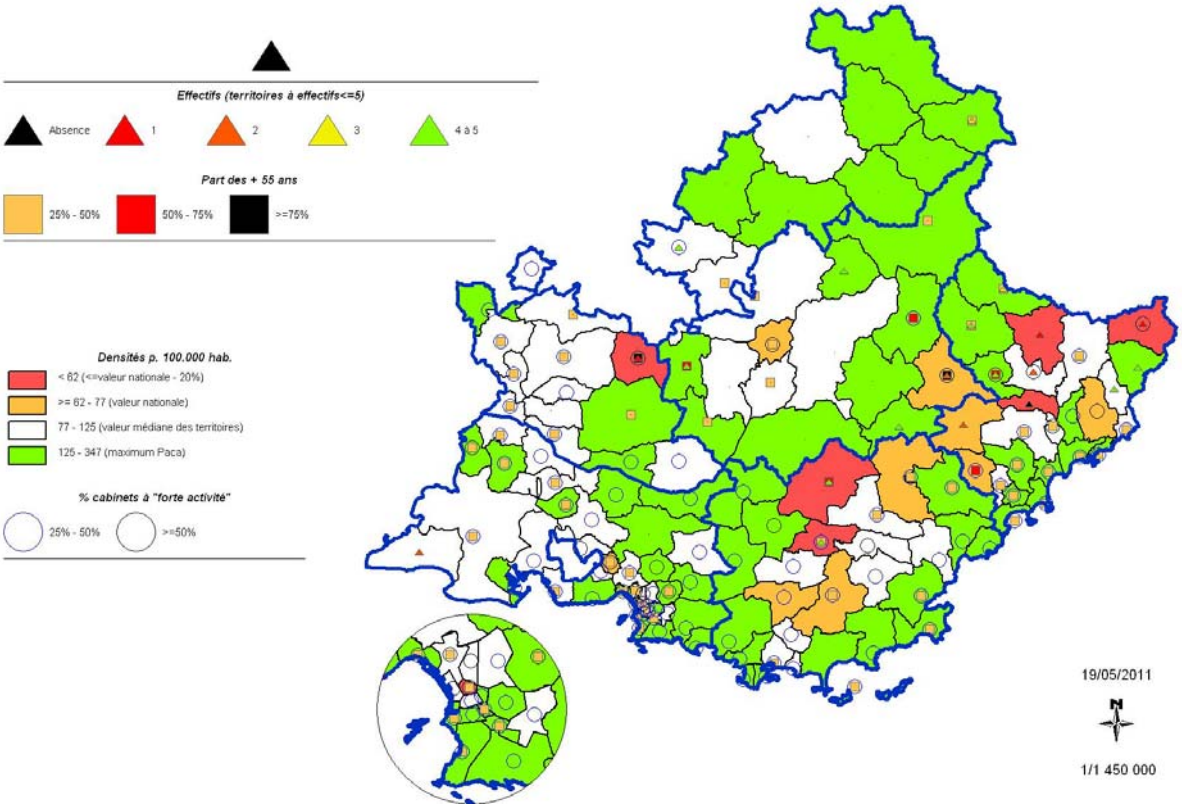
Les médecins généralistes



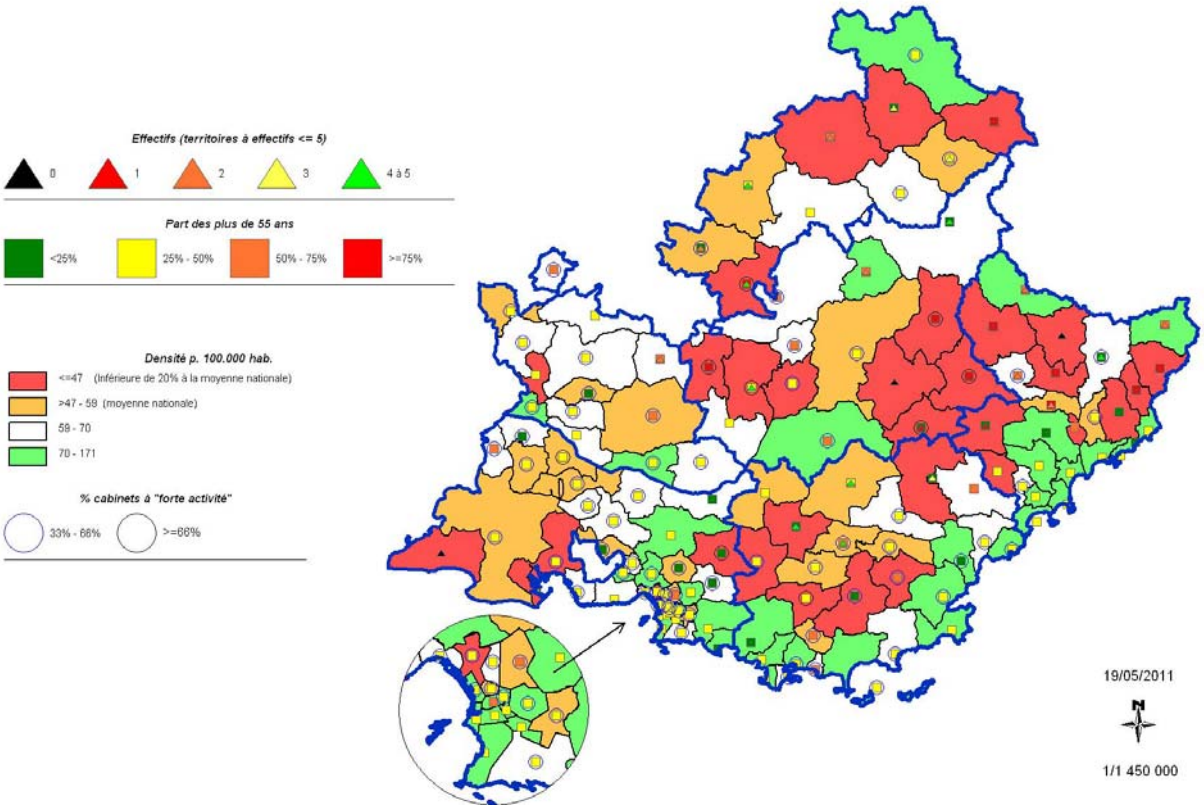
Les infirmiers



Les masseurs kinésithérapeutes

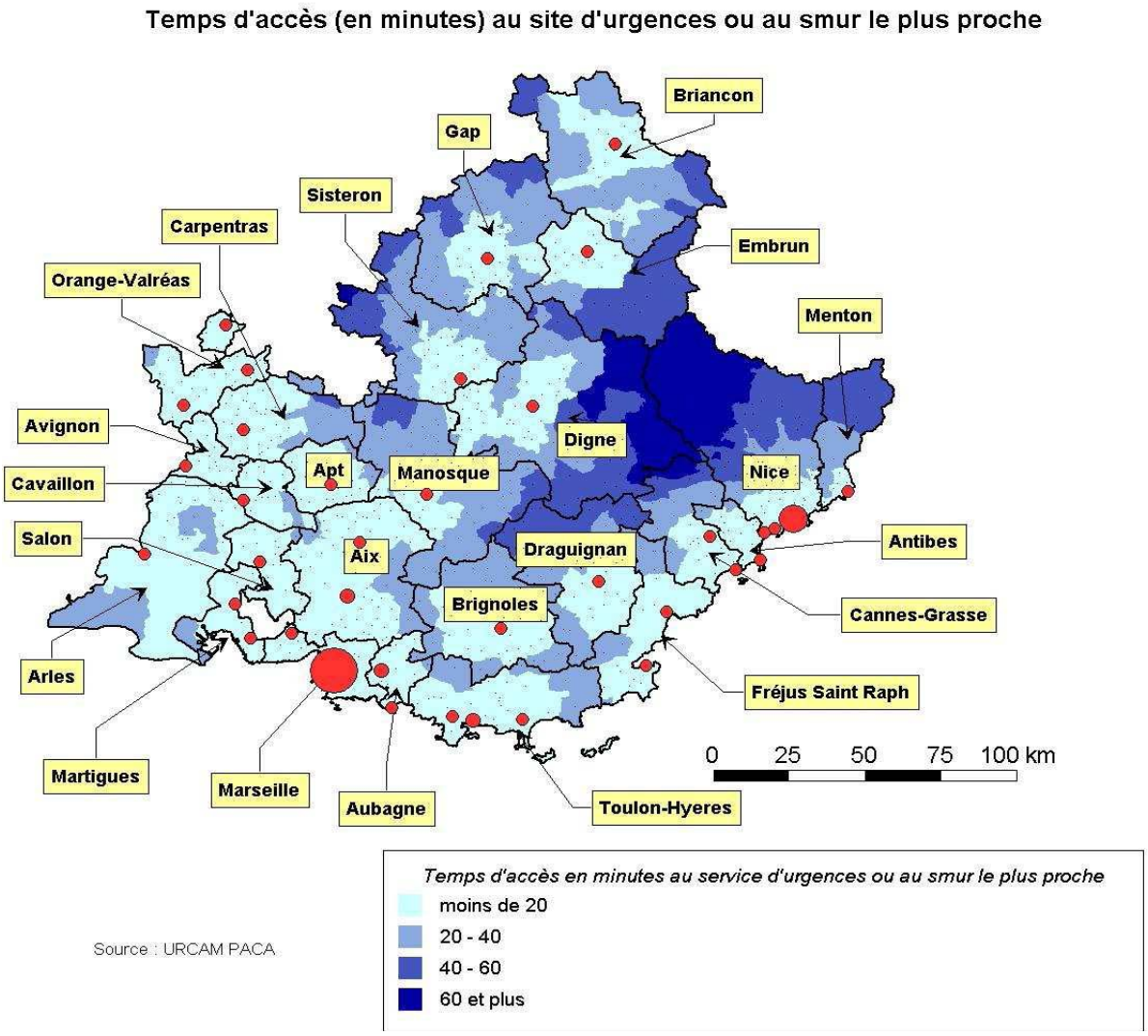


Les chirurgiens dentistes



ANNEXES SROS
Chapitre Urgence

1. Cartographie



2. Communes de rattachement des SMUR et population desservie

Alpes de Haute Provence

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES	
Digne	Aiglun	Le Castellard-Melan
Digne	Allons	Le Chaffaut-Saint-Jurson
Digne	Allos	Le Vernet
Digne	Angles	Les Mées
Digne	Archail	L'Escale
Digne	Auzet	Majastres
Digne	Barles	Malijai
Digne	Barras	Mallemoisson
Digne	Barrême	Marcoux
Digne	Beaujeu	Mézel
Digne	Beauvezer	Mirabeau
Digne	Beynes	Montclar
Digne	Blégiers ou Prads-Haute-Bléone	Moriez
Digne	Blieux	Peyroules
Digne	Bras-d'Asse	Puimichel
Digne	Brunet	Puimoisson
Digne	Castellane	Rougon
Digne	Champtercier	Saint-André-les-Alpes
Digne	Châteauredon	Saint-Jacques
Digne	Chaudon-Norante	Saint-Jeannet
Digne	Clumanc	Saint-Julien-d'Asse
Digne	Colmars	Saint-Jurs
Digne	Demandolx	Saint-Lions
Digne	Digne-les-Bains	Saint-Martin-l ès-Seyne
Digne	Draix	Selonnet
Digne	Entrages	Senez
Digne	Estoublon	Seyne
Digne	Gigors	Soleilhas
Digne	Hautes-Duyes	Tartonne
Digne	La Garde	Thoard
Digne	La Javie	Thorame-Basse
Digne	La Mure-Argens	Thorame-Haute
Digne	La Palud-sur-Verdon	Verdaches
Digne	La Robine-sur-Galabre	Vergons
Digne	Lambruisse	Villars-Colmars
Digne	Le Brusquet	
TOTAL SMUR DIGNE : 45 958		

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES	
Manosque	Allemagne-en-Provence	Oraison
Manosque	Aubenas-les-Alpes	Peyruis
Manosque	Banon	Pierrerue
Manosque	Céreste	Pierrevert
Manosque	Châteauneuf-Val-Saint-Donat	Quinson
Manosque	Corbières	Redortiers
Manosque	Cruis	Reillanne
Manosque	Dauphin	Revest-des-Brousses
Manosque	Entrevennes	Revest-du-Bion
Manosque	Esparron-de-Verdon	Revest-Saint-Martin
Manosque	Fontienne	Riez
Manosque	Forcalquier	Roumoules
Manosque	Ganagobie	Sainte-Croix-à-Lauze
Manosque	Gréoux-les-Bains	Sainte-Croix-de-Verdon
Manosque	La Brillanne	Saint-Etienne-les-Orgues
Manosque	La Rochegiron	Sainte-Tulle
Manosque	Lardiers	Saint-Julien-du-Verdon
Manosque	Le Castellet	Saint-Laurent-du-Verdon
Manosque	L'Hospitalet	Saint-Maime
Manosque	Limans	Saint-Martin-de-Brômes
Manosque	Lurs	Saint-Martin-les-Eaux
Manosque	Mallefougasse-Augès	Saint-Michel-l'Observatoire
Manosque	Mane	Saumane
Manosque	Manosque	Sigonce
Manosque	Montagnac-Montpezat	Simiane-la-Rotonde
Manosque	Montfort	Vachères
Manosque	Montfuron	Valensole
Manosque	Montjustin	Villemus
Manosque	Montlaux	Villeneuve
Manosque	Montsalier	Volx
Manosque	Moustiers-Sainte-Marie	Les Omergues
Manosque	Niozelles	Ginasservis (83)
Manosque	Ongles	Saint-Julien (83)
Manosque	Oppedette	Vinon-sur-Verdon (83)
TOTAL SMUR MANOSQUE : 85 214		

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Sisteron	Aubignosc
Sisteron	Château-Arnoux-Saint-Auban
Sisteron	Peipin
Sisteron	Salignac
Sisteron	Sourribes
Sisteron	Volonne
Sisteron	Authon
Sisteron	Bayons
Sisteron	Bellaffaire
Sisteron	Bevons
Sisteron	Châteaufort
Sisteron	Châteauneuf-Miravail
Sisteron	Clamensane
Sisteron	Curel
Sisteron	Entrepierres
Sisteron	Faucon-du-Caire
Sisteron	Le Caire
Sisteron	Melve
Sisteron	Mison
Sisteron	Nibles
Sisteron	Noyers-sur-Jabron
Sisteron	Saint-Geniez
Sisteron	Saint-Vincent-sur-Jabron
Sisteron	Sigoyer
Sisteron	Sisteron
Sisteron	Turriers
Sisteron	Valavoire
Sisteron	Valbelle
Sisteron	Valernes
Sisteron	Thèze
Sisteron	La Motte-du-Caire
Sisteron	Vaumeilh
Sisteron	Ribiers
Sisteron	Sainte-Colombe
Sisteron	Saint-Pierre-Avez
Sisteron	Saléon
Sisteron	Salérans
Sisteron	Trescléoux
Sisteron	Upaix
TOTAL SMUR SISTERON : 23 673	

Hautes Alpes

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES			SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Gap	Agnières-en-Dévoluy	La Bâtie-Vieille	Barcelonnette	**Briançon**	Abriès
Gap	Ancelle	La Beaume	Chorges	**Briançon**	Aiguilles
Gap	Antonaves	La Bréole	Pontis	**Briançon**	Arvieux
Gap	Aspremont	La Chapelle-en-Valgaudémar	Prunières	**Briançon**	Briançon
Gap	Aspres-lès-Corps	La Cluse	Puy-Saint-Eusèbe	**Briançon**	Ceillac
Gap	Aspres-sur-Buëch	La Condamine-Châtelard	Puy-Sanières	**Briançon**	Cervières
Gap	Avançon	La Fare-en-Champsaur	Rabou	**Briançon**	Champcella
Gap	Baratier	La Faurie	Rambaud	**Briançon**	Château-Ville-Vieille
Gap	Barcillonnette	La Freissinouse	Réallon	**Briançon**	Eygliers
Gap	Barret-le-Bas ou Barret-sur-Méouge	La Haute-Beaume	Remollon	**Briançon**	Freissinières
Gap	Bénévent-et-Charbillac	La Rochette	Ribeyret	**Briançon**	Guillestre
Gap	Bréziers	La Saulce	Rochebrune	**Briançon**	La Grave
Gap	Bruis	Lagrand	Saint-André-de Rosans	**Briançon**	La Roche-de-Rame
Gap	Buissard	Laragne-Montéglin	Saint-Apollinaire	**Briançon**	La Salle les Alpes
Gap	Chabestan	Larche	Saint-Auban-d'Oze	**Briançon**	L'Argentière-la-Bessée
Gap	Chabottes	Lardier-et-Valença	Saint-Bonnet-en-Champsaur	**Briançon**	Le Monêtier-les-Bains
Gap	Champoléon	Laye	Saint-Clément-sur-Durance	**Briançon**	Les Vigneaux
Gap	Chanousse	Lazer	Saint-Disdier	**Briançon**	Molines-en-Queyras
Gap	Châteauneuf-de-Chabre	Le Bersac	Sainte-Marie	**Briançon**	Mont-Dauphin
Gap	Châteauneuf-d'Oze	Le Glaizil	Saint-Etienne-en-Dévoluy	**Briançon**	Montgenèvre
Gap	Châteauroux-les-Alpes	Le Lauzet-Ubaye	Saint-Étienne-le-Laus	**Briançon**	Névache
Gap	Châteauvieux	Le Noyer	Saint-Eusèbe-en-Champsaur	**Briançon**	Pelvoux
Gap	Chauffayer	Le Poët	Saint-Firmin	**Briançon**	Puy-Saint-André
Gap	Claret	Le Saix	Saint-Genis	**Briançon**	Puy-Saint-Pierre
Gap	Crévoux	Le Sauze-du-Lac	Saint-Jacques-en-Valgodemard	**Briançon**	Puy-Saint-Vincent
Gap	Crots	L'Épine	Saint-Jean-Saint-Nicolas	**Briançon**	Réotier
Gap	Curbans	Les Costes	Saint-Julien-en-Beauchêne	**Briançon**	Risoul
Gap	Embrun	Les Infournas	Saint-Julien-en-Champsaur	**Briançon**	Ristolas
Gap	Enchastrayes	Les Orres	Saint-Laurent-du-Cros	**Briançon**	Saint-Chaffrey
Gap	Esparron	Les Thuiles	Saint-Léger-les-Mélèzes	**Briançon**	Saint-Crépin
Gap	Espinasses	Lettret	Saint-Maurice-en-Valgodemard	**Briançon**	Saint-Martin-de-Queyrières
Gap	Étoile-Saint-Cyrice	Manteyer	Saint-Michel-de-Chaillol	**Briançon**	Saint-Véran
Gap	Eyguians	Méolans-Revel	Saint-Paul-sur-Ubaye	**Briançon**	Val-des-Prés
Gap	Faucon-de-Barcelonnette	Méreuil	Saint-Pierre-d'Argençon	**Briançon**	Vallouise
Gap	Forest-Saint-Julien	Meyronnes	Saint-Pons	**Briançon**	Vars
Gap	Fouillouse	Monêtier-Allemont	Saint-Sauveur	**Briançon**	Villar-d'Arêne
Gap	Furmeyer	Montbrand	Saint-Vincent-les-Forts	**Briançon**	Villar-Saint-Pancrace
Gap	Gap	Montclus	Savines-le-Lac	**TOTAL SMUR BRIANCON : 34 238**	
Gap	Jarjayes	Montgardin	Savournon		
Gap	Jausiers	Montjay	Serres		
Gap	La Bâtie-Montsaléon	Montmaur	Sigottier		
Gap	La Bâtie-Neuve	Montmorin	Sigoyer		
Gap	La Bâtie-Vieille	Montrond	Sorbiers		
Gap	La Beaume	Moydans	Tallard		
Gap	La Bréole	Neffes	Théus		
Gap	La Haute-Beaume	Nossage-et-Bénévent	Uvernet-Fours		
Gap	La Motte-en-Champsaur	Orcières	Valserres		
Gap	La Piarre	Orpierre	Ventavon		
Gap	La Roche-des-Arnauds	Oze	Venterol		
Gap	Rosans	Pelleautier	Veynes		
Gap	Rousset	Piégut	Villar-Loubière		
Gap	Saint-André-d'Embrun	Poligny	Vitrolles		
TOTAL SMUR GAP 107 097					

Alpes Maritimes

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Antibes	Antibes
Antibes	Biot
Antibes	Cagnes-sur-Mer
Antibes	Coursegoules
Antibes	La Colle-sur-Loup
Antibes	La Gaude
Antibes	Saint-Laurent-du-Var
Antibes	Saint-Paul
Antibes	Tourrettes-sur-Loup
Antibes	Valbonne
Antibes	Vallauris
Antibes	Vence
Antibes	Villeneuve-Loubet
TOTAL SMUR ANTIBES 263 135	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Cannes	Cannes
Cannes	La Roquette-sur-Siagne
Cannes	Le Cannet
Cannes	Mandelieu-la-Napoule
Cannes	Mougins
Cannes	Pégomas
Cannes	Théoule-sur-Mer
Cannes	Tanneron (83)
Cannes	Les Adrets-de-l'Estérel
TOTAL SMUR CANNES 171 900	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Grasse	Caussols
Grasse	Châteauneuf-Grasse
Grasse	Courmes
Grasse	Gourdon
Grasse	Le Bar-sur-Loup
Grasse	Le Rouret
Grasse	Opio
Grasse	Roquefort-les-Pins
Grasse	Amirat
Grasse	Andon
Grasse	Auribeau-sur-Siagne
Grasse	Briançonnet
Grasse	Cabris
Grasse	Caille
Grasse	Cipières
Grasse	Collongues
Grasse	Escragnolles
Grasse	Gars
Grasse	Grasse
Grasse	Gréolières
Grasse	Le Mas
Grasse	Le Tignet
Grasse	Les Mujouls
Grasse	Mouans-Sartoux
Grasse	Peymeinade
Grasse	Saint-Auban
Grasse	Saint-Cézaire-sur-Siagne
Grasse	Saint-Vallier-de-Thiey
Grasse	Séranon
Grasse	Spéracèdes
Grasse	Valderoure
Grasse	Callian (83)
Grasse	Mons (83)
Grasse	La Bastide (83)
Grasse	La Martre (83)
TOTAL SMUR GRASSE : 112 331	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES		
Nice	Ascros	Gilette	Marie
Nice	Aiglun	Guillaumes	Massoins
Nice	Annot (04)	Ilonse	Nice
Nice	Aspremont	Isola	Peille
Nice	Auvare	La Bollène-Vésubie	Peillon
Nice	Bairols	La Croix-sur-Roudoule	Péone
Nice	Beaulieu-sur-Mer	La Penne	Pierlas
Nice	Beausoleil	La Roquette-sur-Var	Pierrefeu
Nice	Belvédère	La Tour	Puget-Rostang
Nice	Bendejun	La Trinité	Puget-Théniers
Nice	Berre-les-Alpes	La Turbie	Revest-les-Roches
Nice	Beuil	Lantosque	Rigaud
Nice	Bézaudun-les-Alpes	Saint-André de la Roche	Rimplas
Nice	Blausasc	Saint-Antonin	Roquebillière
Nice	Bonson	Saint-Blaise	Roquesteron
Nice	Bouyon	Saint-Dalmas-le-Selvage	Roquestéron-Grasse
Nice	Cantaron	Saint-Étienne-de-Tinée	Roubion
Nice	Cap-d'Ail	Saint-Jean-Cap-Ferrat	Sigale
Nice	Carros	Saint-Jeannet	Thiéry
Nice	Castagniers	Saint-Léger	Toudon
Nice	Châteauneuf-d'Entraunes	Saint-Martin-d'Entraunes	Touët-de-l'Escarène
Nice	Châteauneuf-Villevieille	Saint-Martin-du-Var	Touët-sur-Var
Nice	Clans	Saint-Martin-Vésubie	Tourette-du-Château
Nice	Coaraze	Saint-Sauveur-sur-Tinée	Tournefort
Nice	Colomars	Sallagriffon	Tourrette-Levens
Nice	Conségudes	Sauze	Utelle
Nice	Contes	Val-de-Chalvagne (04)	Valdeblore
Nice	Cuébris	La Rochette (04)	Venanson
Nice	Daluis	Saint-Pierre (04)	Villars-sur-Var
Nice	Drap	Le Broc	Villefranche-sur-Mer
Nice	Duranus	Les Ferres	Villeneuve-d'Entraunes
Nice	Entraunes	L'Escarène	Braux (04)
Nice	Entrevaux (04)	Levens	Castellet-lès-Sausses (04)
Nice	Èze	Lieuche	Le Fugeret (04)
Nice	Falicon	Lucéram	Méailles (04)
Nice	Gattières	Malaussène	Ubraye (04)
Nice	Saint-Benoît (04)	Sausses (04)	
TOTAL SMUR NICE: 493 060			

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Menton	Breil-sur-Roya
Menton	Castellar
Menton	Castillon
Menton	Fontan
Menton	Gorbio
Menton	La Brigue
Menton	Menton
Menton	Moulinet
Menton	Roquebrune-Cap-Martin
Menton	Sainte-Agnès
Menton	Saorge
Menton	Sospel
Menton	Tende
TOTAL SMUR MENTON 55 341	

Bouches du Rhône

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Aix en Provence	Aix-en-Provence
Aix en Provence	Beaurecueil
Aix en Provence	Belcodène
Aix en Provence	Bouc-Bel-Air
Aix en Provence	Cabriès
Aix en Provence	Cadolive
Aix en Provence	Châteauneuf-le-Rouge
Aix en Provence	Coudoux
Aix en Provence	Éguilles
Aix en Provence	Fuveau
Aix en Provence	Gardanne
Aix en Provence	Gréasque
Aix en Provence	Jouques
Aix en Provence	La Roque-d'Anthéron
Aix en Provence	Lambesc
Aix en Provence	Le Puy-Sainte-Réparade
Aix en Provence	Le Tholonet
Aix en Provence	Meyrargues
Aix en Provence	Meyreuil
Aix en Provence	Mimet
Aix en Provence	Peynier
Aix en Provence	Peyrolles-en-Provence
Aix en Provence	Puyloubier
Aix en Provence	Rognes
Aix en Provence	Rousset
Aix en Provence	Saint-Antonin-sur-Bayon
Aix en Provence	Saint-Cannat
Aix en Provence	Saint-Estève-Janson
Aix en Provence	Saint-Marc-Jaumegarde
Aix en Provence	Saint-Paul-lès-Durance
Aix en Provence	Saint-Savournin
Aix en Provence	Simiane-Collongue
Aix en Provence	Trets
Aix en Provence	Vauvenargues
Aix en Provence	Velaux
Aix en Provence	Venelles
Aix en Provence	Ventabren
Aix en Provence	Rians (83)
Aix en Provence	Pourcieux (83)
Aix en Provence	Pourrières(83)
TOTAL SMUR AIX EN PROVENCE	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Aubagne	Aubagne
Aubagne	Auriol
Aubagne	Carnoux-en-Provence
Aubagne	Cassis
Aubagne	Ceyreste
Aubagne	Cuges-les-Pins
Aubagne	Gémenos
Aubagne	La Bouilladisse
Aubagne	La Ciotat
Aubagne	La Destrousse
Aubagne	Peypin
Aubagne	Roquefort-la-Bédoule
Aubagne	Roquevaire
Aubagne	Saint-Zacharie (83)
Aubagne	Nans-les-Pins (83)
Aubagne	Plan-d'Aups-Sainte-Baume (83)
TOTAL SMUR AUBAGNE	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Arles	Arles
Arles	Aureille
Arles	Beaucaire (30)
Arles	Fontvieille
Arles	Fourques (30)
Arles	Les Baux-de-Provence
Arles	Maillane
Arles	Mas-Blanc-des-Alpilles
Arles	Maussane-les-Alpilles
Arles	Mouriès
Arles	Paradou
Arles	Saint Gilles(30)
Arles	Saintes-Maries-de-la-Mer
Arles	Saint-Étienne-du-Grès
Arles	Saint-Martin-de-Crau
Arles	Saint-Pierre-de-Mézoargues
Arles	Tarascon
Arles	Saint-Rémy-de-Provence
TOTAL SMUR ARLES	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Martigues	Carry-le-Rouet
Martigues	Châteauneuf-les-Martigues
Martigues	Ensuès-la-Redonne
Martigues	Fos-sur-Mer
Martigues	Istres
Martigues	Martigues
Martigues	Port-de-Bouc
Martigues	Port-Saint-Louis-du-Rhône
Martigues	Saint-Mitre-les-Remparts
Martigues	Sausset-les-Pins
TOTAL SMUR MARTIGUES	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Salon	Alleins
Salon	Aurons
Salon	Berre-l'Étang
Salon	Charleval
Salon	Eyguières
Salon	La Barben
Salon	La Fare-les-Oliviers
Salon	Lamanon
Salon	Lançon-Provence
Salon	Mallemort
Salon	Pélissanne
Salon	Saint-Chamas
Salon	Salon-de-Provence
Salon	Sénas
Salon	Vernègues
Salon	Cornillon-Confoux
Salon	Grans
Salon	Miramas
TOTAL SMUR SALON	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
AP-HM	Les Pennes-Mirabeau
AP-HM	Rognac
AP-HM	Vitrolles
AP-HM	Allauch
AP-HM	Gignac-la-Nerthe
AP-HM	La Penne-sur-Huveaune
AP-HM	Le Rove
AP-HM	Marignane
AP-HM	Marseille
AP-HM	Plan-de-Cuques
AP-HM	Saint-Victoret
AP-HM	Septèmes-les-Vallons
TOTAL SMUR APHM	

Var

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Brignoles	Artigues
Brignoles	Barjols
Brignoles	Besse-sur-Issole
Brignoles	Bras
Brignoles	Brignoles
Brignoles	Brue-Auriac
Brignoles	Cabasse
Brignoles	Camps-la-Source
Brignoles	Carcès
Brignoles	Carnoules
Brignoles	Châteauvert
Brignoles	Correns
Brignoles	Cotignac
Brignoles	Flassans-sur-Issole
Brignoles	Forcalqueiret
Brignoles	Fox-Amphoux
Brignoles	Garéoult
Brignoles	Gonfaron
Brignoles	La Celle
Brignoles	La Roquebrussanne
Brignoles	La Verdière
Brignoles	Le Cannet-des-Maures
Brignoles	Le Luc
Brignoles	Le Val
Brignoles	Les Mayons
Brignoles	Mazaugues
Brignoles	Artignosc-sur-Verdon
Brignoles	Montfort-sur-Argens
Brignoles	Néoules
Brignoles	Ollières
Brignoles	Pignans
Brignoles	Pontevès
Brignoles	Rocbaron
Brignoles	Rougiers
Brignoles	Saint-Maximin -la-Sainte-Baume
Brignoles	Seillons-Source -d'Argens
Brignoles	Tavernes
Brignoles	Tourves
Brignoles	Varages
Brignoles	Vins-sur-Caramy
Brignoles	Entrecasteaux
Brignoles	Esparron
Brignoles	Sainte-Anastasie-sur-Issole
Brignoles	Saint-Martin
Brignoles	Puget-Ville
Brignoles	Méounes-lès-Montrieux
TOTAL SMUR BRIGNOLES : 122 616	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Draguignan	Aiguines
Draguignan	Ampus
Draguignan	Aups
Draguignan	Bargème
Draguignan	Bargemon
Draguignan	Bauduen
Draguignan	Callas
Draguignan	Châteaudouble
Draguignan	Claviers
Draguignan	Comps-sur-Artuby
Draguignan	Draguignan
Draguignan	Figanières
Draguignan	Flayosc
Draguignan	La Motte
Draguignan	Le Bourguet
Draguignan	Les Arcs
Draguignan	Lorgues
Draguignan	Montferrat
Draguignan	Régusse
Draguignan	Saint-Antonin-du-Var
Draguignan	Salernes
Draguignan	Seillans
Draguignan	Sillans-la-Cascade
Draguignan	Taradeau
Draguignan	Tourtour
Draguignan	Trans-en-Provence
Draguignan	Vidauban
Draguignan	Villecroze
Draguignan	Brenon
Draguignan	Châteauvieux
Draguignan	Trigance
Draguignan	Vérignon
Draguignan	Les Salles-sur-Verdon
Draguignan	La Roque-Esclapon
Draguignan	Montmeyan
Draguignan	Baudinard-sur-Verdon
Draguignan	Moissac-Bellevue
Draguignan	Le Thoronet
TOTAL SMUR DRAGUIGNAN : 102 696	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Fréjus	Bagnols-en-Forêt
Fréjus	Saint-Paul-en-Forêt
Fréjus	Fréjus
Fréjus	Le Muy
Fréjus	Puget-sur-Argens
Fréjus	Roquebrune-sur-Argens
Fréjus	Saint-Raphaël
Fréjus	Montauroux
Fréjus	Fayence
Fréjus	Tourrettes
TOTAL SMUR FREJUS : 130 455	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Hyères	Bormes-les-Mimosas
Hyères	Carqueiranne
Hyères	Collobrières
Hyères	Hyères
Hyères	La Crau
Hyères	La Londe-les-Maures
Hyères	Le Lavandou
Hyères	Pierrefeu-du-Var
Toulon	Cuers
TOTAL SMUR HYERES : 121 223	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
St Tropez	Cavalaire-sur-Mer
St Tropez	Cogolin
St Tropez	Gassin
St Tropez	Grimaud
St Tropez	La Croix-Valmer
St Tropez	La Garde-Freinet
St Tropez	La Môle
St Tropez	Plan-de-la-Tour
St Tropez	Ramatuelle
St Tropez	Sainte-Maxime
St Tropez	Saint-Tropez
St Tropez	Rayol-Canadel-sur-Mer
TOTAL SMUR ST TROPEZ : 55 607	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Toulon	Bandol
Toulon	Belgentier
Toulon	Évenos
Toulon	La Farlède
Toulon	La Garde
Toulon	La Seyne-sur-Mer
Toulon	La Valette-du-Var
Toulon	Le Castellet
Toulon	Le Pradet
Toulon	Le Revest-les-Eaux
Toulon	Ollioules
Toulon	Saint-Cyr-sur-Mer
Toulon	Saint-Mandrier-sur-Mer
Toulon	Sanary-sur-Mer
Toulon	Signes
Toulon	Six-Fours-les-Plages
Toulon	Solliès-Pont
Toulon	Solliès-Toucas
Toulon	Solliès-Ville
Toulon	Toulon
Toulon	La Cadière-d'Azur
Toulon	Le Beausset
Toulon	Riboux
TOTAL SMUR TOULON : 433 219	

Vaucluse

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Avignon	Althen-des-Paluds
Avignon	Aramon (30)
Avignon	Avignon
Avignon	Barbentane (13)
Avignon	Bédarrides
Avignon	Caumont-sur-Durance
Avignon	Châteauneuf-de-Gadagne
Avignon	Châteaurenard (13)
Avignon	Domazan (30)
Avignon	Entraigues-sur-la-Sorgue
Avignon	Estezargues (30)
Avignon	Eyragues (13)
Avignon	Graveson (13)
Avignon	Jonquerettes
Avignon	Le Pontet
Avignon	Les Angles (30)
Avignon	Morières-lès-Avignon
Avignon	Noves (13)
Avignon	Pujaut (30)
Avignon	Rochefort du Gard (30)
Avignon	Rognonas (13)
Avignon	Saint-Saturnin-lès-Avignon
Avignon	Sauveterre (30)
Avignon	Saze (30)
Avignon	Sorgues
Avignon	Tavel (30)
Avignon	Vedène
Avignon	Boulbon (13)
Avignon	Villeneuve les Avignon (30)
TOTAL SMUR AVIGNON : 251 896	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Orange	Bollène
Orange	Caderousse
Orange	Cairanne
Orange	Camaret-sur-Aigues
Orange	Châteauneuf-du-Pape
Orange	Courthézon
Orange	Jonquières
Orange	Lagarde-Paréol
Orange	Lamotte-du-Rhône
Orange	Lapalud
Orange	Mondragon
Orange	Montfaucon (30)
Orange	Mornas
Orange	Orange
Orange	Piolenc
Orange	Roquemaure (30)
Orange	Sainte-Cécile-les-Vignes
Orange	Sérignan-du-Comtat
Orange	Travaillan
Orange	Uchaux
Orange	Violès
TOTAL SMUR ORANGE : 92 939	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Apt	Apt
Apt	Auribeau
Apt	Bonnieux
Apt	Buoux
Apt	Caseneuve
Apt	Castellet
Apt	Gargas
Apt	Gignac
Apt	Goult
Apt	Joucas
Apt	Lacoste
Apt	Lagarde-d'Apt
Apt	Lioux
Apt	Murs
Apt	Roussillon
Apt	Rustrel
Apt	Saignon
Apt	Saint-Christol
Apt	Saint-Martin-de-Castillon
Apt	Saint-Saturnin-lès-Apt
Apt	Sivergues
Apt	Viens
Apt	Villars
TOTAL SMUR APT : 27 922	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Carpentras	Aubignan
Carpentras	Aurel
Carpentras	Beaumes-de-Venise
Carpentras	Bédoin
Carpentras	Blauvac
Carpentras	Caromb
Carpentras	Carpentras
Carpentras	Crillon-le-Brave
Carpentras	Flassan
Carpentras	Gigondas
Carpentras	La Roque-Alric
Carpentras	La Roque-sur Pernes
Carpentras	Lafare
Carpentras	Le Barroux
Carpentras	Le Beaucet
Carpentras	Loriol-du-Comtat
Carpentras	Malemort-du-Comtat
Carpentras	Mazan
Carpentras	Méthamis
Carpentras	Modène
Carpentras	Monieux
Carpentras	Monteux
Carpentras	Mormoiron
Carpentras	Pernes-les-Fontaines
Carpentras	Saint-Didier
Carpentras	Saint-Hippolyte-le-
Carpentras	Saint-Pierre-de-Vassols
Carpentras	Saint-Trinit
Carpentras	Sarrians
Carpentras	Sault
Carpentras	Vacqueyras
Carpentras	Venasque
Carpentras	Villes-sur-Auzon
TOTAL SMUR CARPENTRAS : 92 855	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Cavaillon	Beaumettes
Cavaillon	Cabannes (13)
Cavaillon	Cabrières-d'Avignon
Cavaillon	Cavaillon
Cavaillon	Cheval-Blanc
Cavaillon	Eygalières (13)
Cavaillon	Fontaine-de-Vaucluse
Cavaillon	Gordes
Cavaillon	Lagnes
Cavaillon	Le Thor
Cavaillon	L'Isle-sur-la-Sorgue
Cavaillon	Maubec
Cavaillon	Ménerbes
Cavaillon	Mérindol
Cavaillon	Mollégès (13)
Cavaillon	Oppède
Cavaillon	Orgon (13)
Cavaillon	Plan-d'Orgon (13)
Cavaillon	Robion
Cavaillon	Saint-Andiol (13)
Cavaillon	Saint-Pantaléon
Cavaillon	Saumane-de-Vaucluse
Cavaillon	Taillades
Cavaillon	Velleron
Cavaillon	Verquières
TOTAL SMUR CAVAILLON : 97 607	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES
Pertuis	Ansouis
Pertuis	Beaumont-de-Pertuis
Pertuis	Cabrières-d'Aigues
Pertuis	Cadenet
Pertuis	Cucuron
Pertuis	Grambois
Pertuis	La Bastide-des-Jourdans
Pertuis	La Bastidonne
Pertuis	La Motte-d'Aigues
Pertuis	La Tour-d'Aigues
Pertuis	Lauris
Pertuis	Lourmarin
Pertuis	Mirabeau
Pertuis	Pertuis
Pertuis	Peypin-d'Aigues
Pertuis	Puget
Pertuis	Puyvert
Pertuis	Saint-Martin-de-la-Brasque
Pertuis	Sannes
Pertuis	Vaugines
Pertuis	Villelaure
Pertuis	Vitrolles-en-Lubéron
TOTAL SMUR PERTUIS : 48 384	

SMUR DE RATTACHEMENT	COMMUNES	
Vaison	Beaumont-du-Ventoux	La Charce (26)
Vaison	Brantes	La Penne sur ouveze (26)
Vaison	Buisson	La roche sur le Buis (26)
Vaison	Crestet	Laborel (26)
Vaison	Entrechaux	Le Pegue (26)
Vaison	Faucon	Le Poët en Percip (26)
Vaison	Grillon	Le Poët Sigillat (26)
Vaison	Malaucène	Les Pilles (26)
Vaison	Puyméras	Merindol les Oliviers (26)
Vaison	Rasteau	Mevouillon (26)
Vaison	Richerenches	Montauban sur l'Ouveze (26)
Vaison	Roaix	Montaulieu (26)
Vaison	Sablet	Montbrison sur Lez (26)
Vaison	Saint-Léger-du-Ventoux	Montbrun les Bains (26)
Vaison	Saint-Marcellin-lès-Vaison	Montferrand la Fare (26)
Vaison	Saint-Romain-en-Viennois	Montguers (26)
Vaison	Saint-Roman-de-Malegarde	Montreal les Sources (26)
Vaison	Savoillan	Pelonne (26)
Vaison	Séguret	Piegon (26)
Vaison	Suzette	Pierrelongue (26)
Vaison	Vaison-la-Romaine	Plaisians (26)
Vaison	Valréas	Pommerol (26)
Vaison	Villedieu	Propiac (26)
Vaison	Visan	Reilhanette (26)
Vaison	Buis les Baronnies (26)	Remuzat (26)
Vaison	Mirabel aux Baronnies (26)	Rioms (26)
Vaison	Mollans sur l'Ouvèze (26)	Rochebrune (26)
Vaison	Nyons (26)	La Rochette du Buis (26)
Vaison	Vinsobres (26)	Rousset les vignes (26)
Vaison	Arpavon (26)	Sahune (26)
Vaison	Aubres (26)	Sederon (26)
Vaison	Aulan (26)	St Auban sur l'Ouveze (26)
Vaison	Ballons (26)	St Ferreol Trente Pas (26)
Vaison	La Beaume - de - Transit (26)	St Maurice sur Eygues (26)
Vaison	Beauvoisin (26)	St May (26)
Vaison	Bellecombe Tarendol (26)	St Pantaléon les Vignes (26)
Vaison	Benivay Ollon (26)	St Sauveur Gouvernet (26)
Vaison	Besignan (26)	Ste Euphémie sur Ouvèze (26)
Vaison	Bouchet (26)	Sainte Jalle (26)
Vaison	Chateauneuf de bordette (26)	Suze la Rousse (26)
Vaison	Chaudebonne (26)	Tulette (26)
Vaison	Chauvac Laux Montaux (26)	Valouse (26)
Vaison	Colonzelle (26)	Venterol (26)
Vaison	Condorcet (26)	Verclause (26)
Vaison	Cornillac (26)	Vercoiran (26)
Vaison	Cornillon sur l 'Oule (26)	Vers sur meouge (26)
Vaison	Curnier (26)	Villefranche le Château (26)
Vaison	Eygaliers (26)	Villeperdrix (26)
Vaison	Eyroles (26)	Taulignan (26)
Vaison	Izons la Bruisse (26)	
TOTAL SMUR VAISON 62 887		

3. Liste des maisons médicales de garde

Département	Ville	9.1 MMG	Patients venant des urgences	Total consult Année 2008	Total consult Année 2009	Total consult Année 2010
05	Gap	MMG du Gapençais (MMGG)	4%	5316	NR	5985
06	Cannes	CH de Cannes		_	_	_
06	Grasse	CH de Grasse		_	_	2 039
06	Nice	Hôpital Saint Roch (urgences)	NR	NR	NR	NR
13	Marseille	Maison Médicale Marseille Nord - Hôpital Nord-	81%	5424	NR	4754
13	▪ Martigues	MGM Martigues	NR		NR	3740
13	Istres	Groupe Istréen des Professions de Santé (GIPS)-	0%	NR	3436	3171
13	Marseille	HIA Laveran -	NR	7800	NR	NR
83	Fréjus	Maison Médicale Fréjus Saint Raphël	36%	6124		6113
83	Draguignan	CH de la Dracénie	NR	4 796 4 898	5 646 5 689	4 882
83	Le Luc	Quartier Précoumin	NR			2500
83	Brignoles	Centre hospitalier	NR	2 709	3 229	2 733
83	La Seyne	Cité BERTHE	NR	2	892	1 561 2443
83	Hyères	CH Marie Josée Trefflo	NR	4 870	4 720	4 374 4679
83	St Maximin	Maison Medicale	NR	NR	NR	NR
83	St Tropez	Pôle de Santé du Golfe de St Tropez	NR			5728
84	Avignon	Association des Médecins Généralistes du Grand Avignon (AMGGA)	26%			13048
84	Avignon	Maison médicale "La rose des vents"(SOS MEDECINS)	NR			NR

SCHEMA REGIONAL

D'ORGANISATION

MEDICO-SOCIALE

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SOMMAIRE

1 ELABORATION DU SROMS 5

1.1 Les éléments structurants du SROMS 6

1.1.1 Le SROMS et le PRS 6

1.1 2 Le SROMS et les autres schémas portés par l'ARS 6

1.1.3 Le SROMS et les schémas départementaux en région 6

1.2 La méthodologie mise en œuvre 8

1.2.1 Le bilan et diagnostic de l'existant 8

1.2.2 La constitution des groupes techniques 8

2 LES ORIENTATIONS PARTAGEES PERSONNES AGEES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 10

2.1 Améliorer les conditions de vie liées à l'hébergement ou à l'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 10

2.2 Favoriser l'accès au logement de droit commun 11

2.3 Promouvoir une politique d'accompagnement et de formation à destination des professionnels et des aidants 11

2.4 Favoriser la bientraitance 12

2.5 Lutter contre la maltraitance 13

2.6 Améliorer la prévention des infections en établissements médico-sociaux 14

2.6.1 Les infections associées aux soins 14

2.6.2 Les infections communautaires 14

2.7 Accompagner les conversions du sanitaire vers le médico-social 15

2.8 S'engager en faveur de l'efficience 15

2.8.1. Optimiser l'allocation des ressources 15

2.8.2 Promouvoir un modèle organisationnel performant 16

2.8.3 Accompagner les démarches d'amélioration de la performance dans les établissements et services 17

2.8.4 Soutenir et accompagner la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel sur le champ des personnes âgées 17

2.9 Répondre au vieillissement des personnes en situation de handicap 17

3 LES ORIENTATIONS REGIONALES SPECIFIQUES 18

3.1 Les personnes âgées 18

3.1.1 Améliorer la connaissance des besoins de santé des personnes âgées et la connaissance de l'offre médico-sociale qui leur est proposée ... 18

3.1.2 Organiser territorialement l'offre médico-sociale personnes âgées ... 19

3.1.3 Assurer l'adéquation de l'offre existante aux besoins des personnes âgées ... 20

3.1.4 Adapter les prises en charge médico-sociales à des besoins spécifiques ... 21

3.1.5 Améliorer les parcours de santé et la qualité de prise en charge des besoins de santé des personnes âgées ... 22

3.1.5.1 Développer et améliorer les articulations avec les autres secteurs de l'offre de santé ... 22

3.1.5.2 Renforcer l'offre de prévention dans les établissements et services médico-sociaux ... 26

3.1.6 Promouvoir la mise en place d'une offre médico-sociale efficiente à travers la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel ... 26

3.2 Les personnes en situation de handicap 27

3.2.1 Amélioration de la connaissance et du pilotage du handicap ... 27

3.2.1.1 Développer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et constituer une observation partagée au service des usagers ... 28

3.2.1.2 Rendre lisible l'activité et les usagers des ESMS ... 29

3.2.2 Soutenir l'accès aux soins et à la prévention ... 30

3.2.2.1 Améliorer la coordination des interventions entre le secteur médico-social et la psychiatrie ... 30

3.2.2.2 Améliorer l'accès au dépistage organisé des cancers ... 31

3.2.2.3 Améliorer l'accès à la santé buccodentaire ... 32

3.2.2.4 Renforcer l'organisation d'actions d'éducation à la santé dans les établissements ... 33

3.2.2.5 Améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques ... 33

3.2.2.6 Améliorer l'accès aux soins hospitaliers ... 34

3.2.3 Construire un parcours individualisé et un accompagnement coordonné ... 34

3.2.3.1 Rendre effectif l'accès aux équipements médico-sociaux ... 34

3.2.3.2 Restructurer et diversifier l'offre de proximité ... 36

3.2.3.3 Assurer la continuité de l'accompagnement aux âges charnière ... 39

3.2.3.4 Mieux articuler les accompagnements médico-sociaux et la scolarité des enfants et adolescents en situation de handicap ... 42

3.2.3.5 Améliorer et garantir une offre cohérente à destination des adultes lourdement handicapés ... 45

3.2.3.6 Soutenir l'insertion professionnelle des adultes ... 46

3.2.4 Développer des accompagnements médico-sociaux spécifiques ... 47

3.2.4.1 Assurer une offre territoriale maillée en réponse à des besoins spécifiquement repérés ... 47

3.2.4.2 Assurer une réponse régionale aux besoins les plus complexes ... 50

3.3 Les personnes confrontées à des difficultés spécifiques 51

3.3.1 Améliorer la coordination des dispositifs de prise en charge 51

3.3.2 Le parcours de soins de la personne 52

3.3.3 Assurer une couverture territoriale équilibrée 52

4 SYNTHESE DES OBJECTIFS QUANTIFIES PAR TERRITOIRE 2012/2016 54

4.1 Personnes âgées 54

4.1.1 Orientation régionale du SROMS 54

4.1.2 Déclinaison quantifiée dans les programmes territoriaux 54

4.1.2.1 Méthodologie 54

4.1.2.2 Objectifs quantifiés 55

4.2 Personnes en situation de handicap 56

4.2.1 Orientation régionale du SROMS 56

4.2.2 Déclinaison quantifiée dans les programmes territoriaux 56

4.2.2.1 Méthodologie 56

4.2.2.2 Objectifs quantifiés 57

4.3 Personnes confrontées a des difficultés spécifiques 59

1 Elaboration du SROMS

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) prend place au sein d'une politique de santé profondément renouvelée par la loi HPST, en ce qu'elle intègre désormais non seulement les soins mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale.

Il recouvre, en tout ou partie, plusieurs des 5 axes stratégiques définis au niveau national, en concordance avec les objectifs de la politique de santé pour les 5 années à venir, qui sont :

- Handicap et vieillissement
- Périnatalité et petite enfance
- Maladies chroniques
- Santé mentale (incluant souffrance psychique et addictions)
- Veille et sécurité sanitaire

Il a pour objectif d'agir sur l'organisation médico-sociale de toute une région pour une réelle amélioration de la qualité de vie d'une population diversifiée, en lui apportant des réponses adaptées, et cela tout au long de son parcours en privilégiant **les prises en charges en milieu ordinaire.**

Son périmètre est particulièrement large ; il concerne à la fois les personnes âgées lorsqu'elles sont confrontées à une perte d'autonomie, plus fréquente avec le vieillissement, les personnes handicapées, ainsi que les personnes confrontées à des difficultés spécifiques telles que précarité et addictions.

Ses leviers d'action sont multiples dont certains sont maîtrisés en propre par les ARS et d'autres sont partagés avec les conseils généraux notamment ou d'autres acteurs des politiques publiques de l'Etat (logement, éducation, emploi, par exemple…).

Le SROMS s'inscrit dans un secteur médico-social en mutation, avec des outils nouveaux, tant juridiques - l'appel à projet - que financiers - convergence tarifaire, réforme de la tarification des EHPAD et des SSIAD, enveloppes anticipées – et d'autres chantiers encore à venir : évolution de la tarification des établissements pour personnes handicapées, financement de la dépendance, modernisation du secteur du travail protégé…

Le SROMS, s'il est d'abord un schéma d'évolution du secteur vers une meilleure organisation et la prise en compte des nouvelles aspirations de vie de la population, est aussi un instrument de poursuite du développement des établissements et services, au travers des plans nationaux (plan solidarité grand âge, plan Alzheimer, plan autisme, plan de prise en charge et de prévention des addictions, le schéma national d'organisation sociale et médico-sociales pour les handicaps rares, le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées).

Le SROMS présente par conséquent des enjeux forts en termes de réorganisation de l'offre à des fins :

- de meilleure connaissance du besoin ;
- d'optimisation des interventions des établissements et services médico-sociaux ;
- de développement équilibré et intégré des différents établissements et services médico-sociaux ;
- de réponse aux besoins régionaux.

Dans un domaine où pèsent encore des inégalités territoriales, sociales, économiques, qui aggravent et amplifient le handicap et toute forme de vulnérabilité, ce schéma, en **privilégiant la réduction significative de ces inégalités,** contribue à la cohésion sociale d'une région. Tout progrès dans le domaine médico-social, en permettant une utilisation plus rationnelle des services, y compris des services de soins, est porteuse de qualité de vie pour les personnes concernées et, au-delà, pour le corps social tout entier.

Il est par ailleurs porteur d'enjeux économiques nécessitant le développement d'une **efficience** dans ce secteur ; le rôle de l'ARS PACA sera donc d'impulser des actions de réorganisation et de mutualisation de l'offre de services dans le cadre de ce schéma.

Le SROMS doit enfin pouvoir garantir l'accessibilité des personnes à des prestations de services de qualité et le libre choix de vie des personnes **par un meilleur soutien à la vie à domicile**, **un accompagnement individualisé et la prise en considération du parcours de vie dans toutes ses dimensions.**

1.1 Les éléments structurants du SROMS

1.1.1 Le SROMS et le PRS

Le SROMS est une composante du PRS. Il définit l'ensemble des objectifs opérationnels permettant d'atteindre, dans l'organisation des services et des établissements médico-sociaux, les objectifs généraux et spécifiques du PSRS. Pour la région PACA, ces objectifs opérationnels portent sur le domaine stratégique « personnes en situation de handicap et personnes âgées » et s'inscrivent en déclinaison des objectifs généraux suivants :

- améliorer la connaissance pour mieux cibler et mieux évaluer les actions,
- réduire les inégalités de santé,
- rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie,
- mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes,
- améliorer la qualité de l'offre de santé.

1.1 2 Le SROMS et les autres schémas portés par l'ARS

Le domaine « Personnes en situation de handicap et personnes âgées » constitue désormais l'un des 6 axes stratégiques du PSRS pour la région PACA avec:

- inégalités de santé,
- risques sanitaires,
- périnatalité et petite enfance,
- maladies chroniques,
- santé mentale et addictions.

Les objectifs du SROMS s'inscrivent en transversalité avec les objectifs du Schéma de l'Organisation des Soins ou encore du Schéma Régional de Prévention. En cela il contribue largement aux domaines des « maladies chroniques », souvent génératrices de handicap, de la « périnatalité et la petite enfance » avec le dépistage et la prise en charge précoces du handicap, et de « la santé mentale », avec la reconnaissance du handicap psychique et des besoins de prise en charge qui en découlent.

Le SROMS fixe également des objectifs opérationnels impactant les activités médico-sociales en matière d'efficience du système de santé en transversalité avec les autres schémas.

1.1.3 Le SROMS et les schémas départementaux en région

Le SROMS se définit au regard des schémas départementaux (art R1434-6 CSP et R1434-12 CSP). Le SROMS répond aux besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux (Art R1434-6 CSP) et les schémas départementaux à des besoins sociaux en population générale, ils ont donc à s'inscrire en complémentarité afin de garantir la fluidité du parcours de soins dans le parcours de vie. Ces complémentarités se retrouvent notamment dans :

- l'atteinte de l'objectif de promotion de l'autonomie des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie et les principales orientations développées en 2002 et 2005 : accès à l'autonomie, adaptation de l'offre aux besoins, diversification des modes d'accueil, réponse au vieillissement, respect du droit à l'éducation ;
- l'identification des besoins ;

- l'exigence d'accessibilité et de proximité qui impose que la dimension territoriale soit prise en compte. Bien que les découpages territoriaux ne soient pas superposables, ils s'inscrivent dans une logique territoriale comparable ;
- les fonctions d'accompagnement médico-social sur les lieux de vie, d'accueil médico-social et d'activité de jour, d'hébergement médico-social.

La nouvelle rédaction de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles issu de l'article 124 9° de la loi HPST définit par ailleurs les compétences respectives des autorités publiques en matière d'autorisation d'établissements et services sociaux et médico-sociaux dont celles partagées conjointement **par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé** pour les établissements et services suivants :

PERSONNES AGEES	PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Accueils de jour (AJ) et hébergement temporaire (HT) pour patients Alzheimer	Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) (SAMSAH) Foyers d'accueil médicalisé (FAM)

Ces complémentarités et compétences partagées entre les instances représentatives (le Conseil Général et les représentants de l'Etat désormais l'ARS) ont trouvé notamment leur traduction opérationnelle dans les différents schémas :

- sur le champ Personnes âgées, le schéma : Alpes de Haute Provence (2008-2012), Hautes Alpes (2007-2011), Alpes Maritimes (2006-2010), Bouches du Rhône (2009-2013), Var (2008-2012), Vaucluse (2006-2010).
- Sur le champ « personnes en situation de handicap », le schéma : Alpes de Haute Provence (2008-2012), Hautes Alpes (2007-2011), Alpes Maritimes (2006-2010), Bouches du Rhône (2009-2013), Var (2008-2012), Vaucluse (2006-2010).

Et dans la participation active des 6 Conseils Généraux aux travaux d'élaboration du SROMS. Plusieurs thèmes abordés sont ainsi partagés dans le schéma régional avec les schémas départementaux :

- sur le champ du handicap, accueil du très jeune enfant dans les structures d'accueil de droit commun, à côté de la scolarisation et de la prise en charge en établissement ou service spécialisé.
- réponse au vieillissement des personnes handicapées. Sont mentionnés l'adaptation des rythmes de travail en ESAT, la médicalisation des accueils, l'accès aux services à domicile (SAD, SSIAD, SAMSAH), ainsi que l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD.
- aide aux aidants par la création d'accueil de jour ou temporaire, pour permettre un répit. Les services à domicile constituent aussi une partie de l'aide proposée.
- réorganisation de l'offre par la diversification des modes d'accueil, la création de formules innovantes et expérimentales et le développement de l'accueil familial en lien ou non avec les établissements médico-sociaux.
- développement des soins en lien avec le vieillissement et le handicap psychique par des conventions entre le médico-social et le sanitaire, l'établissement de protocoles de coordination pour la continuité des prises en charge entre ces deux champs, le développement des SSIAD et de sections de FAM en établissements pour adultes ainsi que de vacations d'infirmières en foyer de vie.
- coordination des actions, souvent entre le sanitaire (notamment le secteur psychiatrie), le social et le médico-social. Ce souci est décliné pour éviter les ruptures de prise en charge et leur qualité, mais aussi pour anticiper la convergence avec les dispositifs personnes âgées et personnes en situation de handicap.

1.2 La méthodologie mise en œuvre

1.2.1 Le bilan et diagnostic de l'existant

Le bilan et diagnostic de l'existant a été partagé avec les partenaires institutionnels et associatifs dans le cadre des groupes techniques, pour apporter la meilleure réponse à l'individualisation des prises en charge et des parcours de santé et de vie. L'inventaire des données a été construit, sur les champs personnes âgées, personnes en situation de handicap et personnes en difficultés spécifiques, à partir :

- des études et documents disponibles (schémas départementaux, études régionales, document d'orientation régional),
- des données démographiques et d'équipements,
- de l'état des lieux de la santé élaboré dans le cadre du PSRS,
- d'un soutien technique apporté par le CREAI sur la consolidation du bilan de l'existant dans le domaine du handicap.

Le bilan de l'existant est joint en annexe du présent document :

- annexe 1 : bilan de l'offre personnes âgées
- annexe 2 : bilan de l'offre personnes en situation de handicap
- annexe 3 : bilan de l'offre personnes en difficultés spécifiques

1.2.2 La constitution des groupes techniques

L'ensemble des travaux d'élaboration du SROMS ont débuté dans le cadre d'une réunion de lancement organisée le 17 janvier 2011 en présence de l'ensemble des groupes thématiques « personnes âgées » et « personnes en situation de handicap ». Les travaux se sont alors engagés dans le cadre de réunions bimensuelles voire hebdomadaires jusqu'à fin avril 2011 et une réunion associant respectivement l'ensemble des membres des groupes « personnes âgées » et « personnes en situation de handicap » a été organisée le 5 avril 2011 en vue d'une analyse partagée.

Pour ce qui relève du champ des personnes en difficultés spécifiques, il a été convenu de ne pas engager de nouvelles réflexions sur ce champ considérant l'élaboration du schéma régional d'addictologie 2010/2014 arrêté conjointement par le directeur de l'ARH et le préfet de région en mars 2010. Les principaux axes relatifs à l'organisation de l'offre en établissements et services sur ce champ ont par conséquent été actualisés et réintégrés dans le SROMS. Cela concerne principalement les équipements suivants :

- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD)
- les appartements de coordination thérapeutique (ACT)
- les structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS)

Pour les personnes âgées, deux groupes ont été constitués pour traiter de la question des personnes âgées :

- « améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées » ;
- « parcours de santé et de vie des personnes âgées ».

La méthodologie retenue pour chacun de ces groupes a reposé sur une approche quantitative (organisation de l'offre) et qualitative avec des thématiques identifiées qui s'appuient sur l'intervention de référents au sein de l'ARS. Neuf réunions ont été organisées afin de traiter des différentes thématiques :

- Articulation avec la prévention
- Articulation filière gériatrique
- Organisation territoriale
- Articulation avec les urgences
- Articulation avec la psychiatrie
- Articulation avec l'offre libérale
- Infections associées aux soins
- Evaluation externe et interne
- Bientraitance
- Soins palliatifs
- Médicaments
- Equipements
- Performance financière

Chacun de ces thèmes a fait l'objet d'une fiche action présentée par un référent interne à l'ARS puis discutée en groupe de travail.

Pour les personnes en situation de handicap, trois groupes ont été constitués afin de définir les actions prioritaires de réduction des inégalités, d'efficience et de développement :

- le groupe « observation et connaissances »
- le groupe « parcours de vie et parcours de santé »
- le groupe « territorialisation »

Vingt et une réunions ont dès lors été organisées dans le cadre de ces groupes techniques.

Le groupe « observation et connaissances » s'est réuni à six reprises avec le concours de l'ensemble des représentants des MDPH afin d'opérer une revue des données existantes et de rassembler régionalement ces informations dans le but de :

- constituer un/des tableaux de bord quantitatifs et qualitatifs
- déterminer les enquêtes à conduire pour circonscrire les besoins mais aussi l'offre d'accompagnement.

Le groupe « parcours de vie et parcours de santé » s'est réuni à huit reprises en privilégiant une approche chronologique aux différents âges de la personne et en veillant à introduire les mesures des plans nationaux en cours (autisme) ou en voie de finalisation (prise en charge des personnes sourdes ou des personnes souffrant de troubles cognitifs). Les différentes réflexions du groupe « parcours de vie et parcours de santé » se sont par ailleurs appuyées sur les contributions des membres du groupe et l'intervention de personnes « qualifiées ».

Le groupe « territorialisation », réuni à sept reprises, s'est attaché à intégrer, dans le cadre d'un objectif de réduction des inégalités territoriales, les évolutions souhaitables des établissements et services au sein des territoires (plateformes de services, diversification des modalités d'accueil, mutualisation et efficience) et identifier les besoins non couverts nécessitant un équipement à vocation régionale. Le travail s'est organisé à partir d'une présentation de l'analyse du contexte financier et de l'équipement de la région afin d'identifier, sur la base d'une organisation de proximité définie par le groupe technique, les logiques d'organisation, et les prioriser selon les zones les plus pertinentes au regard de la nature de l'offre et des besoins non couverts.

2 Les orientations partagées personnes âgées et personnes en situation de handicap

2.1 Améliorer les conditions de vie liées à l'hébergement ou à l'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Les évolutions qualitatives de l'offre s'appréhendent à travers l'adaptation des conditions d'hébergement et d'accueil des personnes vivant en établissement, à leur domicile ou accueillies temporairement.

En effet, les déterminants environnementaux (conditions de l'habitat) et sociaux jouent un rôle dans l'état de santé des personnes âgées ou en situation de handicap et sur son évolution. Ils peuvent aussi devenir un facteur de risque vecteur d'aggravation de l'état de santé des personnes (chutes notamment).

L'objectif poursuivi est de proposer un environnement architectural qui respecte l'intimité des personnes et leurs besoins de vie en collectivité, et qui permette le maintien des liens sociaux avec les familles et les proches.

Les axes opérationnels retenus visent à :

- développer une politique régionale d'amélioration des conditions de vie en établissement et à domicile
- veiller à la prise en compte des recommandations architecturales au sein des projets d'établissement
- initier et développer une réflexion sur les « structures intermédiaires » entre le domicile et l'établissement en s'appuyant sur les expériences existantes.

Objectif	Produire un état des lieux territorial de la qualité des conditions de vie des personnes âgées et des personnes handicapées en institution. Produire des axes d'amélioration territoriaux, intégrant la problématique de l'offre intermédiaire (logement foyer, habitat regroupé…). Produire des volets patrimoniaux des diagnostics de territoires dans une logique de continuité du parcours de vie
Plan d'action	La réalisation d'un état de lieux patrimonial nécessite l'élaboration d'un cahier des charges préalable dans lequel les critères d'appréciation de la qualité et les indicateurs de mesure seront précisés. Ces éléments seront établis au sein d'un groupe projet composé notamment des conseils généraux, des collectivités locales, des antennes territoriales de la DREAL. Ce groupe pourra s'appuyer sur les recommandations et guide produits par la CNSA ou l'ANESM. La réalisation du diagnostic patrimonial s'appuiera dans un premier temps sur un territoire "test" afin de s'assurer de la validité de l'outil avant généralisation. La production du volet patrimonial du diagnostic de territoire devra être réalisée en lien avec l'équipe territoriale en charge du projet de territoire afin que les recommandations produites soient en cohérence avec le diagnostic territorial et les problématiques soulevées.
Programmation	Sur la durée du schéma : - constitution du groupe projet associant les institutions et professionnels et élaboration du cahier des charges, - réalisation de l'état des lieux patrimonial sur un territoire, - généralisation des états des lieux et production de recommandations à inscrire dans les volets territoriaux.
Evaluation	Mise en place du groupe projet Production du cahier des charges Production de 6 états des lieux

2.2 Favoriser l'accès au logement de droit commun

L'accès à un habitat autonome et le maintien en milieu ordinaire de vie constituent des axes majeurs de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ils s'appuient sur des expériences existantes, et nécessitent d'importantes adaptations des logements impliquant des financements croisés et l'intervention d'une multiplicité d'acteurs institutionnels, dont la DREAL, la DRJSCS, l'ARS, les bailleurs sociaux, les collectivités locales, etc…ainsi que les structures d'interventions à domicile.

Permettre un accès au logement ou encore le maintien dans un logement suppose un partenariat renforcé entre les différents acteurs institutionnels intervenant sur le logement et d'une politique régionale coordonnée et lisible auprès des usagers.

A partir d'un diagnostic partagé, il s'agit de mettre en place un groupe de travail sur l'accès au droit commun en matière de logement devant aboutir à :

- identifier et clarifier articulations entre les différents acteurs du champ et les rendre lisibles auprès des usagers ;
- définir une politique régionale coordonnée en matière d'accès au logement de droit commun notamment sur le champ des personnes handicapées en direction des PHV, les déficients psychiques, les travailleurs handicapés, les adultes autistes de haut niveau de type Asperger et les étudiants handicapés
- Initier et développer une réflexion sur les « structures intermédiaires » entre le domicile et l'établissement

Objectif	Favoriser l'accès au droit commun du logement en initiant une démarche commune et un partenariat renforcé entre les différents acteurs afin de promouvoir une politique du logement autonome.
Plan d'action	Identifier des principaux acteurs. Lancer un partenariat renforcé avec la DREAL, la DRJSCS, les collectivités locales, les bailleurs sociaux à partir d'une définition partagée du logement. Organiser des groupes de réflexions associant des représentants des institutions et des professionnels
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	Constitution des groupes de réflexion et nombre de réunions. Nombre et nature des actions mises en œuvre. Signature d'une charte d'accompagnement au logement avec les différents acteurs.

2.3 Promouvoir une politique d'accompagnement et de formation à destination des professionnels et des aidants

L'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap, en établissement ou à leur domicile, requiert un personnel formé et stable afin de proposer une prise en charge de qualité.

Leur exercice professionnel doit s'inscrire au sein d'un projet institutionnel qui propose notamment :

- un axe d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.
  Il s'agit :
  - d'une part, de faciliter la prise de fonction des personnels, leur exercice professionnel dans la durée et les changements d'emploi au sein du secteur médico-social ;
  - d'autre part, de contribuer à la prévention des risques de maltraitance involontaire des populations accompagnées ainsi qu'à la prévention des risques professionnels et soutenir l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

- un axe d'ouverture de l'établissement à son environnement
  L'objectif étant de permettre les échanges interprofessionnels : échanges de pratiques, formations croisées, fluidité des personnels au sein du territoire.

- un axe de promotion de l'attractivité et de fidélisation des personnels
  La question de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels est récurrente dans un contexte de forte tension entre les exigences de qualité de service rendu à la population et les aspects démographiques et médico-économiques.

Les aidants des personnes doivent pouvoir bénéficier d'une formation afin d'appréhender les problématiques essentielles de la personne âgée ou en situation de handicap (ses difficultés, l'adaptation de son environnement) et de maintenir le lien aidant-aidé. Cet accompagnement doit comprendre un axe fort à destination des aidants de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de personnes autistes ou présentant des TED.

La modernisation du secteur de l'aide à domicile doit également participer à améliorer la prise en charge proposée aux personnes âgées et personnes en situation de handicap à leur domicile.

Par ailleurs, depuis 2002 la réforme du deuxième cycle des études médicales a instauré un enseignement reposant sur des modules transdisciplinaires et sur l'approche diagnostique et thérapeutique par grands syndromes. Une réflexion pourra être entreprise entre l'ARS, l'URPS, les associations de formation continue et les deux facultés de médecine sur les possibilités de renforcer l'offre de formation à destination des médecins généralistes.

Objectif	Améliorer l'accompagnement des professionnels et des aidants afin de garantir une prise en charge de qualité des PA et PH.
Plan d'action	Identifier les besoins de formation, information et de soutien des professionnels et des aidants. Déterminer les moyens nécessaires à la promotion de cet accompagnement. Mise en œuvre de ces moyens.
Programmation	Sur la durée du Schéma.
Evaluation	Actions d'accompagnement et de formations mises en place en faveur des professionnels et des aidants

2.4 Favoriser la bientraitance

Dans la continuité des actions engagées depuis les années 2000, le ministère chargé des affaires sociales a défini en mars 2007 un plan de développement de la « bientraitance » et de renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ce plan a notamment été complété par :

- une circulaire d'octobre 2008 instituant notamment une démarche d'auto-évaluation des pratiques de « bientraitance » dans les EHPAD ;
- des recommandations cadres de l'ANESM, en juillet 2009, pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou troubles envahissants du comportement en complément du plan autisme 2008/2010.

La prévention de la maltraitance passe notamment par la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles, la généralisation des démarches d'évaluation et de gestion des risques de maltraitance et le développement de la formation des professionnels à la bientraitance.

Les principaux axes opérationnels retenus pour la mise en œuvre s'articulent autour de :

- l'amélioration du repérage des risques de maltraitance en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

- l'inscription des établissements et services médico-sociaux dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant au déploiement de la bientraitance.

Objectif	Accompagner la mise en place effective des conseils de la vie sociale et des autres formes de participation. Améliorer les procédures de signalement des dysfonctionnements constatés par les résidents, leurs familles et les personnels des structures. Développer les formations à la bientraitance dans les EHPAD et les ESMS à partir notamment de la formation de formateurs relais.
Plan d'action	Etablir un diagnostic. Inscrire les orientations régionales au sein des outils contractuels (convention tripartite, projet de service et d'établissement, CPOM).
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	Nombre de formations réalisées. Nombre de conseils de vie sociale. Evolution de la satisfaction des usagers (enquête bientraitance perçue, qualité de vie perçue).

2.5 Lutter contre la maltraitance

La maltraitance est un phénomène complexe qui renvoie à une diversité de situations allant de la négligence à la violence et qui revêt des formes multiples : maltraitance et/ou violences physiques, psychologiques (dont isolement de la famille et de la vie sociale habituelle), médicamenteuses ou financières.

La qualité de la prise en charge des personnes âgées comme des personnes en situation de handicap est souvent mise en cause au travers des plaintes et signalements administratifs transmis à l'Agence Régionale de Santé. Au-delà du traitement de la situation individuelle de la personne âgée ou en situation de handicap victime de ces maltraitances, il importe d'avoir une attention sur les conditions d'émergence qui peuvent être liées à des pratiques professionnelles inappropriées ou encore des problèmes de formation du personnel.

Les trois axes opérationnels de lutte contre la maltraitance retenus portent sur :

- le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- le contrôle et l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux,
- l'amélioration de la connaissance de la maltraitance en institution et le développement de la formation.

Objectif	Mise en place d'une procédure commune de suivi et de traitement coordonné des plaintes et signalements de maltraitance avec le Conseil Général
Plan d'action	Réaliser un bilan des pratiques et des situations rencontrées. Définir des modalités d'échanges et d'interventions conjointes sur la base d'un schéma cible organisationnel qui sera soumis pour avis à la commission de coordination des politiques publiques. Définir des modalités de suivi et d'accompagnement à partir de procédures et accords conventionnels entre l'ARS et les conseils généraux.
Programmation	Sur la durée du schéma : - constitution d'un groupe de travail ARS – conseils généraux, - état des lieux, - élaboration des procédures et des conventions, - mise en œuvre conjointe de la lutte contre la maltraitance.
Evaluation	Groupe constitué. Présentation du schéma organisationnel en CCPPMS. Procédure et conventions formalisées.

2.6 Améliorer la prévention des infections en établissements médico-sociaux

2.6.1 Les infections associées aux soins

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins élargit le concept de lutte contre le risque infectieux au domaine médico-social. En effet, la circulation des personnes âgées et personnes en situation de handicap entre la prise en soins à domicile, en établissement de santé et en établissement médico-social conduit à une perception moins nosocomiale des infections associées aux soins. Leur prévention et leur gestion se conçoit désormais dans le champ plus large du parcours de soins et de vie des personnes.

Les axes opérationnels retenus pour la mise en œuvre sont :

- La mobilisation de la ressource territoriale en hygiène afin d'accompagner les établissements et services médico-sociaux vers l'amélioration de la prévention du risque épidémique et de la gestion des épidémies.
- L'utilisation des compétences en infirmières hygiénistes, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et autres dispositifs chargés de la lutte contre les infections associées aux soins permet de diffuser un savoir et un savoir faire auprès des professionnels du secteur médico-social.

Objectif	Mobiliser les ressources territoriales de lutte contre les infections associées aux soins afin d'en améliorer la prévention et la gestion.
Plan d'action	Améliorer la connaissance du maillage territorial des équipes IAS. Identifier et acter les ressources mobilisables au sein du territoire. Organiser les coopérations entre les établissements (notamment l'adhésion des structures à un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou un interCLIN) Organiser la diffusion des savoirs et savoirs faire.
Programmation	Sur la durée du schéma : - diagnostic territorial des ressources et plan de couverture, - scenarii d'organisation territoriale, - intégration du schéma retenu par la conférence de territoire au sein du futur projet de territoire.
Evaluation	Production des diagnostics territoriaux. Production des scenarii d'organisation. Intégration dans les projets territoriaux.

2.6.2 Les infections communautaires

Du fait de la fragilité des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et du risque de transmission croisée en collectivité, les pathologies à risque épidémique représentent un problème majeur de santé publique dans les établissements hébergeant des personnes âgées.

Pour prévenir et contrôler ce risque, des outils adaptés à différentes pathologies ciblées ont été développés par l'Agence Régionale de Santé :

- des outils de surveillance (infections respiratoires aigües, gastroentérites aiguës, gale)
- des outils d'information et de communication (lettre de sensibilisation des médecins, affiches d'information, plaquette de promotion de la vaccination, etc.) ;
- des mesures de prévention des épidémies (vaccination contre la grippe pour les résidents et le personnel, contre le pneumocoque pour les résidents, contre la coqueluche pour le personnel, recommandations de bonnes pratiques) ;
- des mesures de gestion (renforcement des précautions standard et recherches étiologiques).

Afin de poursuivre ces actions de prévention et de gestion du risque épidémique communautaire, le schéma fixe un objectif d'harmonisation des pratiques de gestion des risques dans les établissements médico-sociaux.

L'axe opérationnel retenu est la prévention du risque épidémique, associé aux soins ou communautaire, qui doit figurer au sein du plan de gestion des risques des EMS. L'objectif étant d'harmoniser la démarche de gestion des risques au sein des EMS en termes de déclinaison opérationnelle et de mise en œuvre des procédures. Pour cela, une action sera menée sur la durée du schéma pour unifier et standardiser ce plan de gestion des risques à partir des plans bleus.

Objectif	Elaborer un document unique de gestion du risque au sein des EMS
Plan d'action	Constitution d'une équipe projet (ARS, CG, établissements, professionnels et fédérations). Etat des lieux des risques à intégrer dans le plan de gestion des risques. Réalisation d'un plan standardisé intégrant des fiches réflexes pour chacun des risques. Expérimentation de la mesure sur l'ensemble des EMS personnes âgées et un échantillonnage de structures Personnes Handicapées.
Programmation	Sur la durée du schéma : - constitution d'un groupe projet associant les représentants des professionnels et institutions, - état des lieux, - élaboration du plan type, - information et formation des EMS, - désignation d'un référent gestion du risque au sein de chaque établissement
Evaluation	Production de l'état des lieux. Production du plan type. Déploiement de l'action sur les EMS.

2.7 Accompagner les conversions du sanitaire vers le médico-social

Les conversions de structures sanitaires en structures médico-sociales présentent des enjeux forts pour la planification médico-sociale. Dans un contexte de contraintes financières, face à un secteur médico-social en mutation, le développement des conversions sanitaires vers le médico-social doit être considéré comme un axe prioritaire dans la recomposition de l'offre et la réduction des inégalités départementales.

Au-delà des enjeux financiers liés à la fongibilité asymétrique, il importe de pouvoir garantir dans le parcours de soins des personnes âgées ou en situation de handicap une prise en charge adaptée notamment pour les personnes en situation de handicap qui sont accueillies par défaut dans les structures sanitaires.

Ces opérations de conversions gagneront à s'inscrire sur la base de diagnostics partagés entre l'ARS et les Conseils Généraux sur les besoins et les territoires prioritaires. Elles devront également s'accompagner d'une part, de mesures de formation en direction des personnels visant à l' adaptation des emplois et des compétences et d'autre part, de mesures d'information en direction des usagers et aidants naturels afin d'accompagner le changement d'institution et de prise en charge.

2.8 S'engager en faveur de l'efficience

2.8.1. Optimiser l'allocation des ressources

L'optimisation de l'allocation de ressources régionales auprès des établissements et services médico-sociaux poursuit également un objectif de financement des évolutions de l'offre proposée aux personnes âgées. Cette optimisation des ressources s'inscrira dans les outils de contractualisation liant l'ARS aux établissements et services médico-sociaux et dans l'accompagnement des établissements et services médico-sociaux en déficits structurels, dans un cadre pluriannuel.

Plus spécifiquement, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui bénéficient d'une ressource assurance maladie supérieure à un niveau plafond observeront une convergence de leur dotation soins sur la durée du schéma. Cette politique de convergence tarifaire permettra sur la durée du schéma d'aboutir à une équité de traitement dans la répartition de la ressource régionale de médicalisation entre les établissements de la région.

Une démarche similaire pourra être envisagée sur le champ des personnes en situation de handicap à partir d'une batterie d'indicateurs de coûts, par type d'activité, qui doit être mise en place par la CNSA et l'ANAP, et de réflexions régionales.

2.8.2 Promouvoir un modèle organisationnel performant

Le bilan de l'existant en matière d'offre de santé territoriale fait apparaître des ressources de santé diversifiées réparties sur l'ensemble du territoire régional. Cette offre, destinée à l'amélioration de la santé des personnes âgées et personnes en situation de handicap du territoire, connaît d'ores et déjà des modèles de coopérations. Il peut s'agir de coopérations « filières » entre équipes de professionnels et établissements, les coopérations « efficience » recherchant la mutualisation des moyens, les coopérations « isolement » permettant de faire face à un isolement géographique.

Les travaux du schéma font émerger un besoin de mobilisation des ressources territoriales de santé afin d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ce besoin puise ses sources dans des situations variées, propres à chaque territoire.

La performance d'un système de prise en charge repose sur le principe que la qualité et l'efficience des structures et des acteurs de la santé doivent être coordonnés dans un cadre parfaitement sécurisé. De manière plus générale, l'amélioration de la qualité des prises en charge et le maintien d'une desserte de proximité nécessitent une réflexion à l'échelle territoriale.

Sur la base de ces constats, le schéma fixe comme orientation la mise en place de coopérations territoriales.

Des mécanismes de coopération seront utilisés à l'échelle du territoire et mis au service d'une meilleure réponse aux besoins de la population exprimés dans le Projet Régional de Santé et permettront d'accompagner la recherche d'efficience. Ils permettront également de mettre en œuvre des solutions contre l'isolement géographique, notamment par le partage des ressources humaines.

Ces coopérations territoriales pourront répondre à des besoins multiples : la couverture du territoire, l'organisation des prises en charge, l'amélioration de la qualité des soins, la réponse à une raréfaction des moyens humains, le maintien d'une continuité des soins, l'optimisation des coûts notamment sur la question des transports.

Différents outils de coopération pourront être mobilisés : depuis le mode de coopération « fonctionnel » (convention, réseau, communauté hospitalière de territoire, etc.), jusqu'à la coopération organique conduisant à la création d'une nouvelle structure juridique (GCS, GCSMS, etc.).

Des formes innovantes de coopération seront recherchées, notamment sous forme de plateformes afin d'accompagner la diversification et complémentarité des prises en charge au sein des territoires. Dans ce cadre, pourront émerger des « territoires de projet » au sein desquels seront développés des modèles territoriaux d'organisation.

Objectif	Optimiser l'organisation des établissements et services.
Plan d'action	Promouvoir et développer les logiques de mutualisations, coopérations Redéfinir les zones de desserte des services Requalification, redéploiement de places dans le cadre de la recomposition de l'offre Recherche de projets innovants ou expérimentaux
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	Nombre de places redéployées sur une autre zone Nombre de services ayant fait l'objet d'une redéfinition de la zone de desserte Nombre de places requalifiées Nombre de mutualisations, regroupements réalisés

2.8.3 Accompagner les démarches d'amélioration de la performance dans les établissements et services

L'efficience de l'offre médico-sociale s'entend d'un service de qualité au meilleur coût. Pour en apprécier le niveau il importe de pouvoir le qualifier et en évaluer le contenu afin de définir les axes d'améliorations.

Plusieurs enjeux et leviers concourent à cette amélioration et à l'accompagnement des établissements et structures dans une démarche de performance :

- la fiabilisation des systèmes d'information,
- l'évaluation interne et externe des établissements et services,
- le renouvellement des autorisations,
- la politique d'investissement,
- l'adaptation des modes de gouvernance.

La performance doit pouvoir s'inscrire dans une organisation régionale efficiente et impliquer de nouveaux modes de gestion.

2.8.4 Soutenir et accompagner la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel sur le champ des personnes âgées

Cette démarche s'inscrit dans l'objectif d'améliorer la connaissance médico-économique de la production de soins médico-sociaux et d'établir des diagnostics territoriaux de performance. A partir de ce diagnostic, seront mises en œuvre des actions d'amélioration de l'efficience de l'offre médico-sociale (*cf. orientation spécifique personnes âgées : promouvoir la mise en place d'une offre médico-sociale efficiente à travers la mise en place de la politique de gestion des risques assurantiels).*

2.9 Répondre au vieillissement des personnes en situation de handicap

Le phénomène du vieillissement des personnes handicapées questionne sur de nombreux aspects l'accompagnement médico-social : l'allongement de la vie en institution, la capacité d'adaptation des structures, la réévaluation des situations individuelles, la prise en compte de l'environnement de la personne, l'intégration de personnes n'ayant jamais connu l'accueil en établissement médico-social. Il importe par conséquent de pouvoir renforcer l'offre médico-sociale et adapter le fonctionnement et l'organisation des structures au vieillissement.

Cf orientation spécifique aux personnes en situation de handicap :
« assurer la continuité de l'accompagnement aux âges charnières

3 Les orientations régionales spécifiques

3.1 Les personnes âgées

3.1.1 Améliorer la connaissance des besoins de santé des personnes âgées et la connaissance de l'offre médico-sociale qui leur est proposée

Les personnes âgées constituent une population hétérogène, dont l'avancée dans le grand âge, met en évidence des besoins spécifiques liées à l'évolution de leur état de santé, de leur capacité, de leurs revenus, et de leurs relations sociales et familiales :

- Le soutien à domicile et la préservation de l'insertion sociale par des services adaptés aux besoins et réellement accessibles,
- Les actions de prévention, de soins et médico-sociaux à domicile : le soutien aux actions de prévention du vieillissement pathologique, l'accessibilité aux soins de premier recours et la bonne coordination des acteurs de soins et de nursing à domicile pour une réponse complète, territorialisée et de proximité à leurs besoins,
- L'organisation des établissements médico-sociaux : les résidents sont plus souvent atteints de poly-pathologies chroniques et de maladie d'Alzheimer ou apparentée. Les établissements devront renforcer leur organisation et leurs liens avec les structures sanitaires. Ils doivent aussi lutter contre des maltraitances encore trop fréquentes et développer des plans de bientraitance.

Les orientations régionales du schéma proposent une évolution de l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées en réponse à ces besoins de santé.

Prévoir l'évolution de l'offre requiert une connaissance fine de l'offre et de son fonctionnement au sein du territoire. Le schéma prévoit par conséquent pour chaque équipement une action de développement des connaissances de ces structures. Cet axe de connaissance porte sur l'aspect quantitatif de l'offre, sa répartition spatiale, et son fonctionnement. Il constitue un élément incontournable pour l'élaboration d'un diagnostic territorial.

Des orientations spécifiques par types d'équipement sont retenues :

- La connaissance du périmètre géographique d'intervention des SSIAD, leurs articulations avec l'intervention des infirmiers libéraux et des services d'aide à domicile constitue un axe d'amélioration. Il doit être complété par la connaissance de l'activité des SSIAD au regard des autres intervenants à domicile.
- La connaissance de l'activité des EHPAD de la région à travers notamment le taux d'occupation des structures est un axe de connaissance à développer en concertation avec les Conseils Généraux. L'accessibilité financière des structures constitue également un axe privilégié de connaissance à développer.

<u>Focus sur la connaissance des équipements destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et évaluation de leur activité</u> :

La connaissance de l'activité des accueils de jour, des hébergements temporaires, des unités d'hébergement renforcé, des pôles d'activités et de soins adaptés doit être améliorée.
Le taux de fréquentation de l'accueil de jour et les modalités d'utilisation des places d'hébergement temporaire sont à évaluer.

Objectif	Affiner les diagnostics territoriaux de l'offre médico-sociale personnes âgées
Plan d'action	Constituer un groupe projet composé de représentants des établissements, des conseils généraux et de l'ARS qui aura pour mission de : - recenser les indicateurs d'activité actuellement disponibles à travers les enquêtes, rapports d'activité, et autres supports existants. - définir les conditions d'amélioration de l'exhaustivité et de la fiabilité de ces sources d'information. - recenser la liste des indicateurs de mesure de l'activité complémentaires qui nous permettraient d'apprécier plus finement ces critères d'activité. - définir le besoin en enquêtes complémentaires. - élaborer des diagnostics territoriaux de l'offre.
Programmation	Sur la durée du schéma : - groupe projet associant les représentants des institutions et professionnels - fiabilisation des informations d'ores et déjà disponibles - enquêtes complémentaires - analyse des éléments de diagnostics - production des diagnostics territoriaux
Evaluation	constitution du groupe projet fiabilisation des données existantes mise en œuvre des enquêtes complémentaires production des diagnostics territoriaux indicateur CPOM 6,2, : taux de places installées / financées

3.1.2 Organiser territorialement l'offre médico-sociale personnes âgées

L'objectif du schéma est de proposer une organisation territoriale de l'offre afin de répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées. Cette proposition s'inscrit dans le respect de l'objectif de répartition équitable de l'offre sur le territoire, de diversification des prises en charge et du respect du libre choix des personnes.

Cette orientation régionale s'inscrit dans l'objectif stratégique de rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie en proposant des axes d'organisation territoriale en complémentarité avec les autres acteurs de la santé et de la préservation de l'autonomie, et notamment les Conseils Généraux et les Communes.

Cette organisation s'inscrira dans des scénarii de recomposition de l'offre par territoire et s'accompagnera en fonction du niveau d'équipement et des besoins, de création de places en accueil de jour, hébergement temporaire ou de services.

Ces actions trouvent leur traduction opérationnelle dans le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC).

Des orientations spécifiques par types d'équipement sont retenues :

- Les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile constituent une offre de proximité. Leur organisation territoriale est guidée par un objectif d'équité de l'offre au sein du territoire régional. Cette équité est mise en œuvre par des actions de diversification et/ ou de recomposition de l'offre.
- S'agissant de la situation des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes, aucune création nouvelle ne sera prévue au SROMS; sera considéré comme un axe prioritaire la médicalisation des EHPAD existants dans le cadre des enveloppes allouées à la région de manière pluriannuelle. Toutefois, une évaluation sera réalisée à mi parcours de la mise en œuvre du schéma. Cette évaluation portera notamment sur l'accessibilité des établissements actuellement en fonctionnement et sur leur fonctionnement en terme de service rendu. L'accessibilité financière de ces structures sera un point central d'appréciation eu égard au faible niveau de ressources des personnes âgées de la région et des situations de plus grande précarité nécessitant un accompagnement social coordonné (personnes âgées sans domicile fixe, migrants âgés, personnes sortant de prison…). Durant cette phase de montée en charge des EHPAD et d'observations et analyse tant du point du vue qualitatif qu'en termes d'efficience, l'évaluation des besoins éventuels complémentaires d'offre en EHPAD sera réalisée conjointement avec les Conseils Généraux et pourra donner lieu à une révision du schéma.

- Les accueils de jour doivent présenter une capacité minimale de six places lorsqu'ils sont rattachés aux EHPAD ou de dix places lorsqu'ils sont autonomes. Une capacité inférieure au seuil minimal peut se justifier pour des raisons inhérentes aux territoires (zone rurale, pays de montagne, faible densité de population).

Focus sur le déploiement des équipements destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées :

L'ensemble des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (formation des aidants, Equipes spécialisées Alzheimer, plateforme de répit, accueil de jour, dispositif MAIA…etc.) participent des orientations du SROMS et ont vocation à se développer dans la région pour une couverture optimale des territoires de santé en fonction des enveloppes nationales dédiées à ces actions. Parmi ces mesures :

- Les accueils de jour doivent s'inscrire dans un dispositif plus global de plateformes de répit et d'accompagnement.
- Les hébergements temporaires au sein des EHPAD constituent une offre de proximité.
- Les unités d'hébergement renforcées doivent être positionnées en offre de recours au sein des territoires.
- Les pôles d'activités et de soins adaptés doivent être positionnés en offre de proximité sur le territoire régional.
- Les équipes spécialisées Alzheimer doivent être positionnées en offre de proximité sur le territoire régional. Elles sont rattachées à un SSIAD ou un SPASAD d'au moins 60 places. Leur périmètre d'intervention va au-delà des zones d'intervention des services support. Une convention de coopération simple avec d'autres SSIAD peut permettre au porteur d'atteindre la capacité minimale requise (60 places). Cette convention implique que seul un SSIAD bénéficiera des financements, les autres SSIAD partenaires déléguant ainsi la gestion des ESA.
- Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer doivent mailler le territoire régional, leur développement est prévu jusqu'en 2014.

Objectif	Optimiser l'offre médico-sociale en complémentarité avec l'offre de premier recours et le social
Plan d'action	Baser l'analyse d'évolution de l'organisation territoriale sur des critères d'équité, de diversité et de fluidité des prises en charge entre l'offre de maintien à domicile et l'offre d'hébergement Déterminer un outil de suivi Produire un rapport annuel de mise en œuvre des actions d'organisation territoriale
Programmation	Sur la durée du schéma : - constitution d'un groupe de travail ARS - conférence de territoire – représentants des professionnels pour recenser les critères de fluidité à intégrer - élaboration d'un rapport annuel type - mise en place d'une procédure de mise à jour des actions - déploiement du dispositif
Evaluation	Constitution du groupe Production du rapport type Production de la procédure de mise à jour Indicateur CPOM ARS n° 6.3 sur la diversification de l'offre « part des service dans l'offre globale » Indicateur CPOM ARS n° 9.1 sur le taux de réalisation UHR et PASA Indicateur CPOM ARS n° 4.5 sur les écarts régionaux d'équipement

3.1.3 Assurer l'adéquation de l'offre existante aux besoins des personnes âgées

Le potentiel d'offre proposée aux personnes âgées ne peut être apprécié uniquement au regard d'un volume d'équipement. L'évaluation de la prestation réalisée au sein de ces structures doit permettre d'apprécier la conformité du service rendu au regard des besoins des personnes prises en charge.

Cette évaluation peut être réalisée :

- au regard de plusieurs référentiels de qualité : normes réglementaires, cahiers des charges, recommandations de bonnes pratiques, etc.
- à travers différentes procédures réglementaires : évaluation interne ou externe, labellisation, conventionnement tripartite, contractualisation, renouvellement d'autorisation, etc.).

Des orientations spécifiques par types d'équipement sont retenues :

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes partiellement médicalisés doivent accueillir des personnes âgées dépendantes uniquement au sein des places médicalisées dépassant un Gir Moyen Pondéré de 300 conformément à l'article D313.15 du CASF.

Focus sur les équipements destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées :

Les activités d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, d'unité d'hébergement renforcé, de pôle d'activités et de soins adaptés rattachées à un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes doivent faire l'objet d'un projet de prise en charge spécifique au sein du projet d'établissement. Ces prises en charge sont formalisées au sein du projet de soins individualisées des personnes âgées.

Ces mêmes activités doivent être destinées à des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, être en conformité avec leur besoin de prise en charge et ce notamment pour les activités ciblées sur la prise en charge des troubles du comportement.

Objectif	Développer des outils d'évaluation de la qualité de l'offre des établissements et services médico-sociaux en vue d'établir un plan de mise en adéquation de l'offre
Plan d'action	Recenser l'ensemble des normes, cahiers des charges, recommandations opposables à un établissement ou service médico-social. Élaborer une grille de lecture pour chaque équipement en mettant en exergue les points prioritaires pour l'Agence. Diffuser ces grilles auprès des opérateurs institutionnels. Intégrer les critères qualitatifs prioritaires au sein des outils conventionnels liant l'ARS aux établissements et services (convention tripartite, CPOM..)
Programmation	Sur la durée du schéma : - élaboration des grilles d'adéquation par type d'équipement - diffusion de ces grilles pour application par les opérateurs ARS - mise en application - évaluation
Evaluation	indicateur CPOM ARS n° 5.2. : pourcentage d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe

3.1.4 Adapter les prises en charge médico-sociales à des besoins spécifiques

Les évolutions qualitatives de l'offre s'appréhendent à travers l'adaptation des prises en charge à des besoins spécifiques.

En effet, l'offre médico-sociale vient en réponse aux demandes de personnes dont la perte d'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou à un handicap, risque de mettre en péril leur pleine participation à la vie sociale. Cette offre médico-sociale se doit donc de s'adapter à l'évolution des besoins de compensation de la perte d'autonomie.

De manière générale, le schéma fixe un objectif de renforcement de l'élaboration des projets de vie des personnes dans lequel s'inscrira le projet de soins individualisé.

La nécessaire adaptation de l'offre aux besoins des personnes cible deux besoins prioritaires de prise en charge à intégrer dans la réponse régionale : la réponse à apporter aux personnes handicapées vieillissantes que ce soit en institution pour personnes âgées ou en situation de handicap, et celles aux personnes souffrant avant 60 ans de la maladie d'Alzheimer.

3.1.5 Améliorer les parcours de santé et la qualité de prise en charge des besoins de santé des personnes âgées

Les évolutions qualitatives de l'offre se réalisent à travers l'articulation de l'offre médico-sociale avec les ressources de santé du territoire (ambulatoire et sanitaire), le tout visant à améliorer la prise en charge et le parcours de santé des personnes âgées.

De manière générale, cette recommandation s'attache à améliorer la connaissance des différents segments de l'offre gérontologique et la connaissance de leur articulation avec l'offre de santé.

3.1.5.1 Développer et améliorer les articulations avec les autres secteurs de l'offre de santé

L'articulation de la planification régionale médico-sociale et sanitaire se traduit par des orientations régionales partagées autour de :

Améliorer l'articulation avec la médecine d'urgence

Les personnes âgées (+75 ans) représentent plus de 12 % des passages au sein des 50 sites d'urgences de la région. Cette prise en charge des personnes âgées par le système sanitaire révèle plusieurs problématiques : durée prolongée aux urgences ou en Unités d'Hébergement de Courte Durée avant hospitalisation, difficultés d'hospitalisation post passage aux urgences, passages itératifs suivis de ré-hospitalisations, séjours trop longs liés à des difficultés d'aval et à des mauvaises orientations.

Les axes d'amélioration retenus portent sur :

- la réduction des recours inadéquats aux urgences
- l'amélioration qualitative de l'entrée aux urgences

Assurer le bon fonctionnement avec la filière gériatrique

Au sein de leur territoire d'implantation, les filières gériatriques ont un rôle clé dans l'organisation de la réponse aux besoins spécifiques des personnes âgées, et dans la fluidité de leurs parcours de soins. Toutefois, celui-ci ne peut s'envisager sans que des liens étroits et fonctionnels soient définis entre les différents maillons qui composent la filière (Court séjour gériatrique, Equipe mobile de gériatrie, Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, Unité d'hospitalisation à domicile ayant vocation à intervenir à domicile ou en EHPAD, SSR gériatriques, Unité de Soins de longue durée) et les acteurs du médico-social.
L'enjeu est d'une part, de pouvoir favoriser un accès direct aux services (Court séjour gériatrique, SSR gériatriques, Unité de Soins de longue) lorsque la situation le requiert et ne relève pas de l'urgence, et d'autre part, d'anticiper et d'organiser le retour de la personne sur son lieu de vie dans les meilleures conditions.

Les axes d'amélioration retenus sont les suivants :

- Impulser une dynamique inter filière sanitaire et médico-sociale au sein des territoires visant à renforcer la connaissance, l'identification des équipes et leurs missions (CSG, EMG, SSRG, HDJG, USLD)
- Définir et développer des modalités fonctionnelles de collaboration entre les différents maillons de la filière et les structures et services médico-sociaux, et le cas échéant l'offre intermédiaire existante.

Objectif	Améliorer l'articulation entre le secteur médico-social et les filières gériatriques de territoire
Plan d'action	Réaliser un état des lieux par territoire de l'organisation de la filière gériatrique et des liens fonctionnels développés avec le secteur médico-social Définir des axes d'amélioration à mettre en œuvre par territoire visant à faciliter la connaissance des rôles respectifs et les modalités de collaboration, Formaliser, mettre en œuvre et suivre les modalités de coopérations sur un territoire Favoriser une logique d'accompagnement méthodologique des établissements et des personnes
Programmation	Sur la durée du schéma : - réalisation d'un diagnostic partagé avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux des territoires (représentants des institutions et professionnels) - définition des scénarii d'organisation par territoire (modalités fonctionnelles, outils…) - mise en œuvre des scénarii et intégration dans les projets territoriaux
Evaluation	Production de diagnostics territoriaux partagés Elaboration de proposition d'organisation et de fonctionnement par territoire Mise en œuvre et suivi à partir d'indicateurs pertinents

Coordonner l'offre de prise en charge de la maladie d'Alzheimer entre l'offre de soins et l'offre médico-sociale

Les consultations mémoire et les CMRR offrent un maillage régional globalement satisfaisant. L'enjeu repose donc plus aujourd'hui sur l'amélioration de la qualité des réponses apportées aux patients par les différentes structures et sur la précocité du diagnostic.

Pour ce faire, les axes opérationnels suivants sont retenus :

- Renforcer les liens entre les consultations mémoire, les professionnels (dont le médecin traitant), les services (Equipes spécialisées Alzheimer notamment) et les établissements du territoire,
- Réaffirmer le rôle clé « d'animation » des CMRR à partir d'une feuille de route commune aux 2 CMRR de la région PACA,
- Promouvoir la réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer au sein des établissements et des services médico-sociaux à travers le développement d'actions menées en lien entre l'EREMA et les CMRR

Les structures spécialisées de prise en charge telles que les Unités Cognitivo-Comportementales dans les SSR et les Unités d'Hébergement Renforcées dans les USLD sont actuellement en phase de déploiement en région PACA.

Il a été retenu la nécessité d'inscrire d'emblée, comme axe essentiel dans cette phase de développement, le principe de l'articulation de ces unités avec les EHPAD, les SSIAD spécialisées, la filière gériatrique, afin de :

- favoriser les passerelles entre les différentes équipes UCC / UHR- EHPAD/Domicile pour assurer la continuité des soins, garantir la cohérence de la prise en charge et favoriser une meilleure stabilité de la personne,
- mettre en place un groupe de travail régional afin d'engager une réflexion sur le développement, les missions et l'articulation de ces unités avec les autres offres et services de prise en charge spécialisée.

Objectif	Améliorer la qualité des réponses apportées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
Plan d'action	Renforcer les liens entre les consultations mémoire, les professionnels (dont le médecin traitant), les services (Equipes spécialisées Alzheimer notamment), les établissements médico-sociaux, en vue d'une : →meilleure compréhension du bilan, des traitements, des indications de prise en charge, → orientation adaptée dans les services ou structures spécialisées, → continuité dans le suivi de la personne et dans l'évolution de sa maladie, quelque soit son lieu de résidence, Favoriser les échanges entre les différents professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux intervenant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer afin de favoriser l'acquisition de pratiques communes, la transmission de savoirs faire, le développement d'outils communs etc…, Développer la réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer (dignité, respect de l'autonomie, bientraitance…) au sein des services et établissements médico-sociaux, en lien entre l'EREMA et les CMRR
Programmation	Sur la durée du schéma : - états des lieux territoriaux de l'offre spécifique « Alzheimer » - définition des modalités fonctionnelles entre les différents segments de l'offre spécifique Alzheimer et gérontologique, - promotion de la réflexion éthique au sein des services et établissements médico-sociaux
Evaluation	Production d'états des lieux territoriaux de l'offre « Alzheimer » Elaboration de modalités fonctionnelles d'articulation Actions « Ethiques » développées au sein des services et établissements médico-sociaux

Améliorer l'articulation avec l'activité de psychiatrie

Le public concerné par le lien entre l'activité de soins de psychiatrie et la prise en charge médico-sociale regroupe les personnes souffrant de troubles psychiatriques vieillissantes, les personnes âgées qui développent un trouble psychiatrique, et les personnes âgées qui développent une souffrance psychique liée au vieillissement (hors pathologies liées à la démence et à la maladie d'Alzheimer ou apparentées).

Les réponses actuellement apportées à ces personnes par le secteur psychiatrique ou par le secteur médico-social ne reposent pas sur une objectivation des besoins des personnes. La connaissance de l'offre territoriale est insuffisante (prise en charge proposée, ressources humaines, modes d'intervention), et les articulations entre ces deux secteurs ne permettent pas de proposer des parcours de prise en charge de qualité aux personnes.

Le fonctionnement actuel peut parfois conduire au maintien de prises en charge « par défaut » au détriment des besoins des personnes, et des conditions d'exercice des professionnels.

Les axes opérationnels retenus sont :

- améliorer la connaissance territoriale des besoins des personnes et de l'offre actuellement proposée
- élaborer des diagnostics territoriaux de prise en charge en lien avec le comité départemental de géronto-psychiatrie
- formuler des projets territoriaux de prise en charge de ce public qui positionnent la ressource de psychiatrie en recours et en soutien de l'offre médico-sociale, et organisent les modalités de prise en charge en aval vers le secteur médico-social

Améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie

L'activité de soins palliatifs poursuit un objectif général d'amélioration de la qualité de prise en charge palliative dans l'ensemble des services de soins (diffusion de la culture palliative, aide au maintien à

domicile). Elle permet d'améliorer l'accès à des prises en charge spécialisées, et d'optimiser l'utilisation des moyens de prise en charge (en facilitant notamment l'accès aux compétences).

Dans le cadre d'un parcours de santé coordonné des personnes âgées d'un territoire, l'objectif est d'articuler la planification sanitaire des équipements en soins palliatifs avec les besoins du secteur médico-social.

Les axes opérationnels retenus concernent,

- l'effectivité de l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les EHPAD
- l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs dans les EHPAD
- la nécessaire coordination des acteurs concernés

Optimiser l'offre médico-sociale en complémentarité avec l'offre ambulatoire

L'articulation de la planification régionale médico-sociale et le schéma d'organisation ambulatoire s'inscrit dans le cadre suivant :

Les soins de premier recours regroupent au sein d'un territoire une offre de santé constituant la porte d'entrée dans le système de soins, en charge du suivi de la personne et de la coordination de son parcours. Ces offreurs de soins réalisent cette prise en charge avec les structures de santé et médico-sociales du territoire.

Le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires, et notamment le premier recours, poursuit l'objectif de porter une stratégie régionale d'organisation de ces soins en définissant des priorités d'action en matière de structuration de l'offre :

- définition des zones prioritaires où l'offre de premier recours doit faire l'objet d'un renfort, ou d'une meilleure coordination,
- définition d'organisations cibles par territoire de premier recours

Le Code de santé publique offre en matière d'exercice coordonné trois modes organisationnels : les centres de santé, les maisons de santé, les pôles de santé. Ces derniers proposent l'intégration des professionnels de santé libéraux, maisons de santé, centres de santé, réseaux, établissements de santé et médico-sociaux, groupements de coopération sanitaire, sociaux et médico-sociaux. Des aides financières sont prévues au sein des territoires prioritaires pour développer ces dispositifs de coordination.

L'articulation entre l'offre de soins médico-sociale et les soins de premier recours concerne principalement l'intervention des libéraux au sein des EHPAD, et l'articulation entre les infirmiers libéraux et les SSIAD.

Les axes opérationnels sont :

- faciliter la coordination médicale entre les professionnels de santé libéraux et les professionnels de santé des EHPAD
- coordonner la prise en charge des infirmières libérales au domicile de la personne âgée avec l'intervention des SSIAD ;
- tester des organisations innovantes pour assurer la continuité des soins entre le secteur de ville et le secteur médico-social, notamment dans le cadre d'un exercice regroupé (maisons de santé pluridisciplinaires, plateformes de services, etc.) ;
- tenir compte de l'évolution de la démographie des acteurs de santé de proximité pour prévoir les évolutions de l'offre médico-sociale ;
- soutenir les réseaux gérontologiques existants.

3.1.5.2. Renforcer l'offre de prévention dans les établissements et services médico-sociaux

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit une définition générale de la politique de prévention : « la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé » ; la prévention de la perte d'autonomie s'inscrit naturellement dans cette définition.

La prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques du grand âge ; il n'est pas question de prévenir le vieillissement lui-même, mais ses conséquences en terme de restriction de participation à la vie sociale qui peut en résulter pour les personnes concernées.

L'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie et l'amélioration de leur qualité de vie sont à considérer au titre de la prévention tertiaire, en ce qu'ils permettent d'éviter l'aggravation de l'état de santé et la restriction de participation à la vie sociale des personnes concernées.

Les établissements et services médico-sociaux contribuent, et doivent contribuer à favoriser l'accès des personnes qu'ils accompagnent aux actions de prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique développée à destination de la population générale, sans se substituer à l'action des professionnels de la prévention. Ils apportent aussi leur connaissance des problèmes particuliers liés à la diversité des situations pathologiques, de handicap et de perte d'autonomie, et peuvent ainsi favoriser l'adaptation des actions de prévention aux situations particulières.

Les axes opérationnels retenus sont :

- Proposer régionalement et territorialement une approche intégrée des politiques du « bien vieillir » et de prévention de la perte d'autonomie.
- Accompagner les établissements et services médico-sociaux dans leurs actions de prévention et de promotion de la santé notamment sur les problématiques suivantes :
    - Les chutes
    - Les troubles de la mémoire
    - La sarcopénie et l'ostéoporose
    - La malnutrition, la dénutrition et le bucco-dentaire
    - La dépression et les suicides
    - La iatrogénie
    - Les addictions

3.1.6 Promouvoir la mise en place d'une offre médico-sociale efficiente à travers la mise en place de la politique de gestion du risque assurantiel

L'objectif est d'améliorer la connaissance médico-économique de la production de soins médico-sociaux et d'établir des diagnostics territoriaux de performance. A partir de ce diagnostic, seront mises en œuvre des actions d'amélioration de l'efficience de l'offre médico-sociale.

La réalisation de cet objectif prendra notamment appui sur la mise en place d'une politique de gestion du risque assurantiel axée sur la prévention et l'information des assurés, l'évolution des pratiques, et l'organisation des soins par les professionnels et les établissements.

En la matière, les orientations prioritaires retenues en PACA concernent :

- l'efficience des EHPAD qui poursuit l'objectif de favoriser une organisation et une utilisation optimale des ressources ;
- la prescription dans les EHPAD qui a pour objectif de maitriser la dynamique des prescriptions.

Les actions qui en découlent portent sur :

- la mise en place d'un suivi et d'une analyse des dépenses de soins en EHPAD ;
- l'élaboration d'un outil d'objectivation du calibrage des forfaits soins lors du passage au tarif global qui sera mis à disposition des ARS ;
- la construction et le développement d'un système d'information transversal EHPAD/ville/hôpital ;
- l'identification et l'expérimentation des indicateurs de qualité et d'efficience en EHPAD en vue d'une généralisation. Ces indicateurs qualité seront inscrits au sein des conventions tripartites des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Ils porteront sur les axes prioritaires de développement de la qualité parmi lesquels figurent notamment l'amélioration de la prévention des épidémies, le bon usage du médicament, la bientraitance, etc ;
- le suivi du déploiement des contrats de coordination concernant les professionnels de santé libéraux en EHPAD ;
- le renforcement et la diffusion des bonnes pratiques liées aux soins dans les EHPAD. Cette action prendra notamment la forme de réunion d'information-formation des personnels des EHPAD sur les axes prioritaires d'amélioration de la qualité des prises en charge dont font partie les troubles du comportement, la prévention et la gestion des épidémies, etc ;
- la contractualisation avec les EHPAD sur des objectifs d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ;
- l'accompagnement des EHPAD dans l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments

Objectif	Réaliser un état des lieux du circuit du médicament plan d'action d'amélioration du circuit du médicament. inscription des objectifs territoriaux dans les projets de territoire
Plan d'action	Afin d'améliorer la connaissance de la consommation médicamenteuse, mise en place d'une enquête en lien avec l'assurance maladie permettant d'exploiter les informations contenues dans le logiciel MIAM (croisée des données de consommation médicamenteuse avec les numéros de cartes vitale) Afin d'améliorer la connaissance du circuit du médicament, mise en place d'une enquête auprès des EHPAD à partir d'une grille standardisée d'analyse du circuit du médicament réalisée in situ.
Programmation	Sur la durée du schéma : - mise en place des enquêtes - exploitation des enquêtes et plan d'action - mise en œuvre des plans d'action
Evaluation	Résultats des enquêtes relatifs à la consommation médicamenteuse et au circuit du médicament, Plans d'actions mis en œuvre

3.2 Les personnes en situation de handicap

3.2.1 Amélioration de la connaissance et du pilotage du handicap

Mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et à leur évolution et adapter au plus près les prises en charge requièrent au sein des territoires :

- une observation en continu ;
- une connaissance fine de l'offre et de son fonctionnement.

Du fait de l'interdépendance des compétences dans le secteur du handicap entre les MDPH, responsables de l'accueil, de l'orientation et de la délivrance des prestations, les Conseils généraux et l'ARS, financeurs des ESMS, et leurs partenaires accueillant des personnes handicapées dans les structures relevant de leurs compétences (Education Nationale, Conseil Régional, DIRECCTE), l'amélioration de la connaissance passera par une observation partagée comprenant des états des lieux et des analyses les plus exhaustifs possibles.

En matière de pilotage, l'évolution souhaitée vise à un accroissement de la lisibilité des besoins et de l'offre existante. Elle s'appuiera sur deux orientations complémentaires : l'amélioration de la connaissance et de l'observation du secteur d'une part et l'harmonisation des pratiques d'autre part.

3.2.1.1 Développer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et constituer une observation partagée au service des usagers

Constatant l'existence de données en provenance de nombreuses sources, la forte dispersion de celles-ci, l'absence de vision globale et cohérente des personnes en situation de handicap, un soutien technique sous la forme d'un tableau de bord partagé devient primordial pour clarifier les besoins, les localiser, en mesurer l'ampleur et la nature.

Conçu comme un outil d'aide à la décision en matière de planification et de programmation, ce tableau de bord devra rassembler l'ensemble des informations pertinentes pour le suivi de la politique du handicap. Constitué au niveau régional, il devra permettre une déclinaison territoriale des données, support des diagnostics territoriaux.

Pour assurer l'élaboration et la valorisation de cet outil, une instance de suivi sera mise en place regroupant les principaux partenaires du champ du handicap. Elle sera chargée en particulier d'assurer la pertinence des données produites au sein du tableau de bord, de les analyser, d'établir un glossaire partagé des indicateurs et de proposer les études à conduire pour améliorer la connaissance fine des accompagnements et des besoins.

Contribuant à la réalisation des états des lieux territorialisés, l'instance aura pour objectif de fournir la connaissance partagée nécessaire pour fonder objectivement les politiques régionales et départementales du handicap.

Objectif	Construire un système d'information intégré consacré aux besoins des personnes en situation de handicap et à l'offre médico-sociale en développant les connaissances sur les volets où les informations sont encore fragmentaires (état de santé, accès aux soins et à la prévention, offre dans ses dimensions fines et territoriales et usagers) et en instaurant un partage des données avec les acteurs en région.
Plan d'action	- Construction d'un tableau de bord partagé rassemblant les données existantes selon quatre volets : compensation ;santé ; offre médico-sociale ; profil des usagers (description des populations accueillies en ESMS). - Constitution d'un comité de suivi de valorisation des données régionales dont les missions seraient les suivantes : - observation : regrouper, valider les données, assurer la pertinence des indicateurs et fournir les données nécessaires pour fonder objectivement les politiques régionales et départementales du handicap - connaissance : valoriser et analyser les données produites au sein du tableau de bord, établir un glossaire partagé des indicateurs, déterminer les études à conduire pour améliorer la connaissance fine des accompagnements et des besoins. - contribution à des états des lieux territorialisés Constitution du comité de suivi sur la base de membres permanents du comité (ARS, CG et MDPH) et de membres non permanents (Education nationale, DIRECCTE et DRJSCS en particulier) et participation des associations gestionnaires ainsi que des fédérations selon les thèmes abordés. Rédaction d'une charte de fonctionnement du comité afin de délimiter son champ de compétence et les attendus de ces travaux. Action d'accompagnement :exploitation des volets ménages (HSM) et aidants de l'enquête Handicap-santé 2008 aux fins de recueil de données sur l'état de santé et l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap.
Programmation	Sur la durée du schéma : - Constitution du comité de suivi, collecte des données, démarrage des travaux de glossaire - Exploitation de l'enquête handicap santé - Alimentation du tableau de bord sur le volet santé - Constitution du tableau de bord version 1 - Première analyse annuelle - Livraison du glossaire - Alimentation du tableau de bord par les données collectées sur la base des rapports d'activité
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : mise en place du comité, réalisation du tableau de bord, réalisation du glossaire, réalisation des états des lieux. Dans un second temps, il devrait être tenté de mesurer l'impact de ces actions sur via le schéma deuxième génération

3.2.1.2 Rendre lisible l'activité et mieux définir le profil les usagers des ESMS

Les ressources que mettent en œuvre les ESMS restent en partie méconnues faute de disposer de données homogènes concernant leur activité réelle auprès des personnes en situation de handicap. Certaines informations disponibles, récoltées annuellement, appartiennent au registre des systèmes d'information budgétaires et comptables, inadaptés pour saisir finement les accompagnements, les prises en charge et leur déploiement territorial.

L'élaboration d'un rapport d'activité minimal harmonisé des ESMS répondra à ce besoin d'accroître la lisibilité de l'activité des ESMS. Il aura vocation à consolider le tableau de bord régional en apportant des informations qui qualifient plus finement l'offre proposé sur les territoires.

Plusieurs champs spécifiques ont été identifiés comme prioritaires dans ce cadre :

- l'activité des CMPP, en lien avec les besoins des enfants et adolescents souffrant de troubles du langage et des apprentissages ;
- l'observation du vieillissement des populations accueillies ;
- l'expérimentation de l'utilisation du guide GEVA permettant de décrire les besoins particuliers des personnes aujourd'hui reçues en ESMS, en particulier en MAS et FAM.

Objectif 1	Mettre en place une expérimentation encadrée de l'utilisation du guide GEVA en établissement et services médico-sociaux sur une base volontaire
Plan d'action	Repérage des expériences existantes d'ores et déjà en région Constitution d'un groupe projet piloté par le CREAI en partenariat avec les fédérations, les associations et professionnels Définition et mise en place de l'expérimentation du guide Geva sur un nombre restreint et diversifié d'ESMS volontaires Retour d'expérience Proposition de généralisation et d'intégration de données au tableau de bord régional partagé en fonction des dispositions nationales relatifs à cette problématique
Programmation	Sur la durée du schéma : Démarrage des travaux du groupe projet Lancement de l'expérimentation Analyse du retour d'expérience Bilan et perspectives selon les recommandations nationales en matière de Geva en ESMS
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : mise en place du groupe projet, mise en œuvre de l'expérimentation, élaboration du document d'analyse du retour d'expérience. Dans un second temps, il sera proposé de mesurer en interne la faisabilité d'une généralisation.

Objectif 2	Instaurer le recueil de données minimales d'activité de l'ensemble des ESMS de la région qui aura vocation à alimenter le tableau de bord régional partagé
Plan d'action	Constitution d'un groupe projet comprenant les fédérations de gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux , le CREAI avec pour mission la construction d'un rapport d'activité minimal des ESMS en vue de la production de données fines d'offre par type d'ESMS (non redondantes avec les données existantes) Expérimentation du recueil des données minimales d'activité sur un nombre restreint d'ESMS volontaires Retour d'expérience Généralisation du recueil et mise en place des outils de traitement des données et du protocole d'analyse partagée (voir fiche observation et connaissance)
Programmation	Sur la durée du schéma : - Démarrage des travaux du groupe projet - Lancement de l'expérimentation - Analyse du retour d'expérience - Bilan et perspectives selon les recommandations nationales en matière de Geva en ESMS
Evaluation	Mesurer la faisabilité d'une généralisation

3.2.2 Soutenir l'accès aux soins et à la prévention

Les personnes en situation de handicap rencontrent des difficultés d'accès aux soins et à la prévention. Ce constat - partagé par les personnes concernées, leurs familles et les professionnels du champ du handicap a été objectivé par de nombreuses études[1].

Ces difficultés résultent de plusieurs types d'obstacles :

- le vécu souvent douloureux du parcours dans le système de santé, les déficiences motrices, sensorielles, cognitives, les éventuels troubles du comportement, la méconnaissance du corps, le sentiment de découragement et la résignation consécutifs aux barrières à l'accès physique et/ou à la communication ainsi qu'à la complexité des circuits d'accès aux soins. Certaines personnes ne disposent pas ou peu d'accès à la parole d'où difficulté voire impossibilité de signaler la douleur ressentie.
- le manque de formation des professionnels de santé à la prise en charge des personnes handicapées ainsi que leur manque de disponibilité mais aussi de capacité à instaurer un dialogue.
- le défaut d'accessibilité (dont financière) et l'inadaptation des services aux besoins des personnes. Il s'agit de l'éloignement des structures de soins dans certaines zones géographiques, de l'architecture inadaptée des lieux de soins, du manque d'accessibilité des équipements et d'organisation spécifique pour l'accueil des personnes en situation de handicap
- le manque d'interlocuteurs souligné par les familles ainsi que les difficultés de communication avec les professionnels et l'insuffisante reconnaissance de leurs compétences
- le manque de coordination entre les différents secteurs et notamment celui de la psychiatrie.

3.2.2.1 Améliorer la coordination des interventions entre le secteur médico-social et la psychiatrie

Les liens entre l'offre médico-sociale destinée aux personnes handicapés et les ressources de la psychiatrie sont tout à la fois indispensables et complexes à assurer dans une région marquée par un équipement insuffisant pour répondre à des besoins croissants et diversifiés.

L'amélioration de ce lien revêt un caractère prioritaire pour assurer la continuité et la qualité des parcours de vie et de soins des personnes handicapées concernées par les troubles psychiques. A cette fin, une série d'actions territorialement étayées seront conçues. Elles viseront notamment les objectifs suivants :

- garantir la complémentarité des interventions tout au long du parcours de vie en formalisant une charte d'engagement réciproque (relais / soutien) permettant des allers et retours entre les deux secteurs et le suivi ;
- clarifier le rôle et l'activité de pédopsychiatrie en établissement pour enfants handicapés ;
- formaliser les réseaux d'acteurs locaux et développer leurs missions en matière de modélisation d'outils partagés et de pratiques coordonnées
- formuler des projets territoriaux de prise en charge qui positionnent la ressource de psychiatrie en recours et en soutien de l'offre médico-sociale, et organisent les modalités de prise en charge en aval vers le secteur médico-social.

1

- l'audition publique de l'HAS relative à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (2009),
- l'étude du CREAI PACA-Corse « Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques en établissement médico-social » (2010),
- l'enquête de l'ORS PACA Inserm Unité 379 (2005) « La prise en charge du patient handicapé par les médecins généralistes
- le rapport de recherche « Recherche qualitative exploratoire handicaps –incapacités-santé et aide pour l'autonomie » (R.H.I.S.A.A.) (2010)

3.2.2.2 Améliorer l'accès au dépistage organisé des cancers

L'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées expose ces personnes au risque d'apparition d'un cancer. Les prévalences estimées et ajustées par âge et par sexe pour les personnes handicapées sont similaires à celles de la population générale pour les personnes présentant des déficiences intellectuelles.

L'étude du CREAI PACA-Corse a montré que la moitié des 28 établissements enquêtés en PACA ne sont pas en capacité d'effectuer la mammographie pour toutes les résidentes concernées (femmes de 50 à 74 ans) et que les ¾ d'entre eux ne sont pas en capacité d'effectuer l'Hémocult ® pour tous les résidents concernés (hommes et femmes de 50 à 74 ans). Les principaux freins à la réalisation du dépistage identifiés sont, comme indiqué ci-dessus, liés au handicap, aux professionnels et à l'environnement médical, mais aussi au manque d'information/formation des personnels des EMS ainsi qu'aux difficultés relatives à l'organisation de ces établissements.

Ainsi, lors de l'enquête, la quasi-totalité des personnels interrogés a déclaré n'avoir bénéficié d'aucune formation sur le cancer ou le dépistage du cancer durant l'exercice professionnel en EMS et les 3/4 des personnes interrogées déclarent qu'une formation pourrait leur être bénéfique.

Il ressort également de cette étude que la réalisation du dépistage du cancer colorectal est directement liée à la présence de personnel médical ou paramédical au sein de l'établissement. L'accompagnement des personnes en situation de handicap résidentes en EMS, indispensable pour l'aide aux déplacements et faciliter le lien avec les professionnels de santé, se révèle être un facteur clé.

A cette fin, la formation et l'identification d'au moins une personne par EMS permettrait de diffuser l'information relative aux cancers et à leur prévention au personnel de l'établissement et ainsi faciliter la démarche préventive au sein de l'établissement.

Cet axe devrait s'accompagner :

- de l'identification d'au moins un appareil par département permettant d'exécuter une mammographie sur une patiente assise et accessible aux personnes en fauteuil ou bien d'envisager éventuellement un protocole alternatif en lien avec le volet Imagerie Médicale du SROS.
- De l'élaboration d'un protocole d'accueil adapté aux personnes en situation de handicap
- de la communication de la localisation de ces appareils dans les invitations adressées aux usagers par les structures de gestion.

Il conviendra par ailleurs de rester attentif aux suites données aux recommandations de l'HAS sur le dépistage du cancer de l'utérus qui devraient permettre d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins gynécologiques des personnes en situation de handicap.

Objectif	Identifier un référent prévention et accès aux soins dans chaque établissement médico-social pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins des résidents afin de maintenir ou améliorer leur état de santé et ainsi prévenir ou retarder leur perte d'autonomie
Plan d'action	Sensibiliser les établissements à la nécessité d'organiser l'accès à la prévention et aux soins et demander l'identification d'un référent prévention et accès aux soins, notamment à l'occasion d'une procédure de contractualisation (CPOM, projet d'établissements). Inscription du programme de formation du référent dans le projet d'établissement Après avoir bénéficié d'une formation, ce référent se verra confier : 1/ dépistage organisé des cancers - diffusion des informations relatives aux cancers et aux dépistage aux résidents et au personnel de l'établissement - vérification que chaque résident âgé de 50 ans ou plus a reçu une invitation au dépistage (cancer du sein et/ou colorectal) - prise de rendez-vous et l'accompagnement des résidents dans la réalisation des dépistages au sein de l'établissement ou bien dans une structure de soins extérieure, - suivi des tests (collecte des résultats et respect du calendrier prévisionnel), - réalisation d'un bilan d'activité annuel 2/ bucco-dentaire : assurer le lien avec le chirurgien dentiste et/ou le réseau Handident

	3/ accès aux soins - assurer le lien avec les établissements de santé accueillant les résidents ou les professionnels libéraux et l'équipe soignante de l'EMS - accompagnement des résidents - assurer le lien avec SAMSAH, SSIAD, HAD
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	ARS : Nombre de référents identifiés - inscription dans les projets d'établissement et les CPOM (annuel) Exploitation des bilans d'activité (rythme à déterminer) Nombre de résidents âgés de 50 ans ou plus ayant bénéficié du dépistage organisé du cancer colo-rectal et/ou du cancer du sein par rapport à la population générale (rythme à déterminer) EMS : Bilan d'activité annuel comprenant notamment : nombre de résidents âgés de 50 ans ou plus ayant bénéficié du dépistage organisé du cancer colo-rectal et/ou du cancer du sein nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis cervico-utérin nombre et thèmes des séances d'information réalisées auprès des résidents et du personnel (collectives et individuelles) nombre et lieux des accompagnements réalisés nombre de résidents ayant bénéficié de dépistage et/ou de soins dentaires enquête de satisfaction auprès des résidents et/ou des familles et/ou des professionnels de l'établissement (rythme à déterminer)

Fiche SRP : Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap au dépistage systématique des cancers : renforcer les connaissances et compétences des personnes relais sur les modalités d'accès des personnes en situation de handicap au dépistage des cancers (action en cours des CRES/CODES)

Fiche partagée PA/PH : accompagnement des professionnels et des aidants

3.2.2.3 Améliorer l'accès à la santé buccodentaire

Le rapport de la commission d'audition publique de la HAS rappelle que de nombreuses études ont montré que l'état de santé bucco-dentaire chez les personnes handicapées s'aggrave avec l'âge et devient dès l'adolescence, très nettement inférieur à celui de la population générale. Or, les pathologies buccodentaires constituent un facteur de co-morbidités important. La problématique est celle de l'accès à la santé bucco-dentaire et ne se limite pas à celle de l'accès aux soins. En effet, comme indiqué dans le rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire » (2010), les personnes handicapées ont un accès difficile au soin parce qu'elles ont un accès difficile à la prévention et l'éducation à la santé.

En PACA, l'association Handident créée en 2005 pour promouvoir le réseau de santé Handident tend à :

- favoriser l'accessibilité de toutes les personnes handicapées mentales, motrices et sensorielles de la région PACA au niveau des soins dentaires nécessaires tout en privilégiant l'utilisation de structures existantes et en s'appuyant sur une chaîne d'acteurs
- participer à la formation des professionnels concernés (notamment formation à la sédation consciente),
- assurer la coordination et l'évaluation de la prévention des soins.

L'activité du réseau se situe principalement sur les Bouches-du-Rhône mais devrait s'étendre à l'ensemble de la partie Ouest de la région et idéalement à l'ensemble de la région. Le développement éventuel du Réseau Handident est subordonné aux moyens alloués dans le cadre de la dotation régionale du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Une articulation entre le réseau Handident et le référent prévention/accès aux soins devra être recherchée afin de contribuer à améliorer l'accès à la santé buccodentaire.

Fiche référent prévention/accès aux soins dans les ESMS

3.2.2.4 Renforcer l'organisation d'actions d'éducation à la santé dans les établissements

La prévention constitue un axe majeur dans le parcours de vie et de soins de la personne en situation de handicap. En effet, elle doit permettre aux personnes en situation de handicap de préserver leur autonomie et d'éviter l'aggravation de leur état de santé ainsi que la restriction de leur participation à la vie sociale.

En complément des orientations du schéma régional de prévention, l'axe prioritaire retenu porte sur l'organisation, dans la prise en charge éducative des résidents des établissements hébergeant des personnes handicapées, d'actions d'éducation à la santé (nutrition, activité physique, sexualité..).

Cet axe, qui devra s'inscrire dans le projet d'établissement, s'appuiera sur un référent prévention/accès aux soins identifié dans chaque établissement (cf. 2.2 : Améliorer l'accès au dépistage des cancers). Par ailleurs, en articulation avec le schéma régional de prévention, des actions s'organiseront autour des thématiques d'éducation à la sexualité, de la contraception, de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et de l'infection VIH.

Fiche référent prévention/accès aux soins dans les ESMS

3.2.2.5 Améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques

Différentes études ont mis en évidence que si la prévalence des troubles oculaires est plus élevée chez les personnes en situation de handicap, l'accès aux soins est paradoxalement plus restreint. A titre d'exemple, chez les personnes porteuses d'une trisomie 21, de nombreuses malformations sont possibles et peuvent toucher plusieurs segments de l'œil : troubles de la réfraction, troubles de l'oculomotricité, kératocônes (5 à 15 % des enfants trisomiques), cataracte, …etc. Par ailleurs le diabète, pourvoyeur de rétinopathie est 4 fois plus fréquent chez ces personnes que dans la population générale.
La prise en charge ophtalmologique implique les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens. Outre les difficultés liées à la personne, les principaux freins sont le manque d'accessibilité des locaux et des équipements, le manque de formation et de sensibilisation des professionnels au handicap et la non valorisation des actes longs.
Une réflexion entre l'ARS, l'URPS, les professionnels de la prise en charge ophtalmologique et les associations du champ du handicap doit permettre d'envisager les modalités d'amélioration de l'accès aux soins.

Objectif	Répondre aux besoins de soins ophtalmologiques des personnes vivant en ESMS en clarifiant l'offre de soins disponible et les besoins
Plan d'action	Mise en place d'un groupe de travail comprenant des représentants des institutions (ARS, DROS, DT, MDPH, URIOPS, CREAI) et professionnels avec pour objectifs d'étudier la mise en place des actions suivantes : 1. Réalisation d'une enquête auprès des ESMS relative à l'accès aux soins ophtalmologiques des personnes accueillies Méthodologie et faisabilité à déterminer : enquête exhaustive ou échantillonnage, tous types d'établissements ou bien établissements ciblés, effecteur de l'enquête, ... 2. Réalisation d'un inventaire de l'offre de soins ophtalmologiques accessibles aux personnes en situation de handicap Méthodologie et faisabilité à déterminer 3. Recherche de dispositifs, d'organisations ou d'expérimentations visant à améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques des personnes en situation de handicap, mis en place en PACA ou au sein d'autres régions. Etudier la faisabilité de la mise en œuvre d'une expérimentation.
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	Disponibilité d'un inventaire de l'offre de soins ophtalmologiques accessibles aux personnes en situation de handicap Disponibilité d'un état des lieux des besoins en soins ophtalmologiques des personnes accueillies en ESMS Réalisation d'une expérimentation visant à améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques des personnes vivant en ESMS

3.2.2.6 Améliorer l'accès aux soins hospitaliers

Outre la mise en accessibilité des établissements de santé prévue par la loi du 11 février 2005, il est nécessaire d'améliorer les conditions d'accueil des personnes en situation de handicap tant au niveau des services d'urgences que des services d'hospitalisation. Cette amélioration repose sur la formation des personnels soignants mais aussi sur une organisation spécifique des services de soins.

Deux axes seront à développer en lien avec le schéma d'organisation des soins :

- Expérimenter un hôpital référent par département pour les soins courants non liés au handicap en vue d'une extension du dispositif d'une diffusion des bonnes pratiques auprès des établissements de santé ;
- Favoriser l'accompagnement des personnes hospitalisées et présentant un handicap notamment dans les structures d'accueil des urgences de SSR

3.2.3 Construire un parcours individualisé et un accompagnement coordonné

En matière d'évolution de l'offre, plusieurs dimensions seront prises en compte, à l'image de la diversité des situations de handicap : enfance, âge adulte, autonomie, dépendance, travail. Garantir un parcours coordonné implique une évolution importante dans la manière de considérer l'accompagnement médico-social et réclame donc une organisation plus souple, partenariale, territorialisée et évolutive.

A ce titre, le schéma introduit la notion de « plurivalence » des ESMS entendue comme une inflexion de la prise en charge vers une diversification croissante des publics, un décloisonnement des clientèles. Se distinguant de la « polyvalence », la plurivalence ouvre la possibilité à l'accompagnement de plusieurs types de handicaps pour lesquels les réponses à construire sont proches et/ou complémentaires (déficience intellectuelle et autisme, déficience intellectuelle et polyhandicap, déficience motrice et polyhandicap…) sans dégrader la qualité d'un accompagnement qui doit rester individualisé et spécifique.

Par ailleurs, il importera de considérer dans le « parcours », les reconversions vers le champ médico-social des structures sanitaires accueillant des personnes en situation de handicap par défaut afin d'adapter la prise en charge aux besoins et aux attentes des usagers. Cette observation en continue des potentialités de reconversion devra s'inscrire dans la durée du schéma.

3.2.3.1 Rendre effectif l'accès aux équipements médico-sociaux

Compte tenu du niveau de l'équipement disponible en région PACA et de la spécialisation croissante des structures au bénéfice de handicaps ciblés, le nombre d'usager orientés qui ne peuvent trouver de place reste important malgré le rythme soutenu de création de place depuis 2000.

Or, il s'agit d'un enjeu majeur en région PACA que de rendre effectif l'accès aux équipements médico-sociaux et de garantir un accueil prioritaire des personnes les plus lourdement handicapées, en particulier quand elles restent sans solution alternative d'accompagnement.

Ainsi, deux actions complémentaires déclineront cet objectif sur la durée du schéma :

- Susciter l'animation et l'organisation d'une coordination locale des acteurs institutionnels (MDPH, l'éducation nationale, les ESMS, les secteurs de psychiatrie, les services de l'aide sociale à l'enfance), dans le but :
    - d'assurer une veille permanente des situations les plus complexes ;
    - de mettre en œuvre l'obligation d'accueil et d'accompagnement partagée par les partenaires du secteur ;
    - de proposer des solutions alternatives de prise en charge dans l'attente d'une place disponible ;
    - de désigner un référent chargé de l'accompagnement de la personne en situation de handicap et de sa famille dans cette démarche.

- Faire évoluer les projets d'établissement et de service vers une diversification des personnes accompagnées. Dans le respect de la priorité donnée à l'accueil et à l'accompagnement des personnes les plus lourdement handicapées, il appartiendra aux services de l'ARS en étroite collaboration avec leurs partenaires engagés sur le handicap et les associations gestionnaires, d'accompagner les établissements et services vers l'adaptation de leur projet institutionnel à destination d'un public aux besoins les plus divers. Il s'agit de centrer la prise en charge non sur le type de handicap dont souffrent les personnes mais de cibler la réponse aux besoins, ce qui garantit la spécialisation de l'accompagnement.

Il importera dans cette perspective de procéder de manière coopérative afin de définir les modalités concrètes de ce décloisonnement des clientèles et de raisonner sur la base d'un accroissement de la plurivalence des institutions.

Objectif 1	Mettre en œuvre l'obligation collective de l'ensemble des partenaires d'offrir une réponse coordonnée aux besoins de compensation en améliorant la synergie institutionnelle au niveau des territoires dans le respect de compétences de chaque instance. Cet objectif doit permettre la réduction des situations de tensions et d'absence de réponse aux besoins d'accompagnement les plus lourds par l'élaboration de solutions co-construites d'accompagnement et de prise en charge complexes
Plan d'action	Solliciter l'ensemble des partenaires institutionnels en département sur ces problématiques Affiner de manière conjointe l'état des lieux des situations critiques Construire des outils partagés de traitement de ces difficultés
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : mise en place de la coordination des acteurs locaux, réalisation d'un état des lieux et proposition d'outils et de protocoles. Dans un second temps, il pourra être proposé sur la base des données récoltées lors de l'état des lieux initial de mesurer l'évolution du nombre de situations critiques et les modalités de leur résolution.

Objectif 2	Repositionner l'offre de compensation vers les publics les plus divers par un assouplissement des accueils par type de handicap (voire de déficience), avancer vers la plurivalence des structures médico-sociales et recentrer les projets institutionnels dans le sens de l'accompagnement des personnes dont les besoins de compensation sont les plus importants, quel que soit leur âge, leur sexe, l'origine de leur handicap, leurs troubles associés.
Plan d'action	Créations de nouvelles places d'ESMS : élaboration des cahiers des charges dans une perspective d'accompagnement plurivalent c'est-à-dire permettant l'élaboration des réponses aux besoins de compensation les plus large possible tout en maintenant une individualisation des prises en charge et une qualité d'accueil optimale (sections particulières, petites unités de vie,..). * Assurer la transparence des listes d'attente et des admissions en ESMS par la justification des refus d'admission et la transmission régulière de listes d'attente normalisées comprenant la date de dépôt de la demande (lien MDPH) * Mobilisation prioritaire des formations professionnelles * Pour les ESMS existants du secteur de l'enfance handicapée Dans l'attente de la refonte des textes règlementaires encadrant l'intervention des ESMS pour enfants : - accompagnement des structures vers une adaptation de leur projet institutionnel aux besoins existants et ouverture vers la plurivalence (autisme et DI, polyhandicapé et DI, autisme et déficiences sensorielles, polyhandicapé et handicap moteur...) en cohérence avec les analyses formulées par les MDPH sur l'évolution des populations et les diagnostics territoriaux - mobilisation de l'évaluation interne et externe sur ce thème - suivi des axes d'amélioration des projets au regard des orientations du schéma - prise en compte dans la contractualisation de ces éléments qualitatifs - conventionnement systématique avec les secteurs de psychiatrie et en cas de nécessité le secteur hospitalier ou libéral pour la prise en charge des troubles psychiques et somatiques associés

	- coopération avec le centre de ressources autisme pour tout accompagnement d'enfants et adolescents autistes et TED - coopération avec les ESMS ayant acquis une expérience approfondie sur des profils particuliers de personnes en situation de handicap. * Pour les ESMS existants du secteur adultes Dans le cadre de l'application du décret du 29 mars 2009 (art. D344-5-1 à 9 du CASF), accompagnement des structures vers la conformité dans le respect des mesures d'efficience
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : mise en place des listes d'attente normalisées, réalisation des conformité des ESMS pour adultes, lancement des appels à projets. Dans un second temps, il sera proposé de mesurer en lien avec les autres fiches actions la prise en compte de cette problématique dans l'ensemble des actions menées au cours du schéma (évaluation externe et interne, contractualisation, formations...).

3.2.3.2 Restructurer et diversifier l'offre de proximité

Les prestations médico-sociales doivent offrir en milieu ordinaire l'accompagnement nécessaire pour développer et maintenir l'autonomie des personnes en situation de handicap. Cette mission, centrale en particulier pour l'enfance, nécessite des liens étroits avec les dispositifs de droit commun et implique un maillage territorial fin.

Compte tenu des caractéristiques propres des équipements mis en œuvre aujourd'hui ainsi que de la forte concentration et la spécialisation croissante, un infléchissement vers la plurivalence des ESMS est rendu nécessaire pour garantir une réponse au plus grand nombre.

Parallèlement, afin d'assurer le respect d'une prise en charge individualisée et adaptée dans l'espace le plus proche des usagers, les partenariats devront également être renforcés avec les structures les plus spécialisées, où exercent les professionnels les mieux formés pour des prises en charge très spécifiques.

Les priorités de développement de l'offre institutionnelle, identifiées en proximité, à partir des besoins repérés par les maisons départementales des personnes handicapées, concernent :

- les enfants et adolescents touchés par l'autisme et les troubles envahissants du développement,
- les enfants et adolescents polyhandicapés,
- les enfants et adolescents souffrant de troubles du caractère et du comportement,
- la réponse aux besoins de répit, de transition,
- le soutien à l'insertion sociale et professionnelle des adultes.

Ces priorités se formalisent en six actions qui seront ciblées dans les zones où l'on constate sur la durée du schéma un sous-équipement important au regard des évolutions démographiques attendues.

Développement de la prise en charge des enfants et adolescents autistes et Troubles Envahissants du Développement (TED) par la création de petites unités d'accompagnement

Le décalage important entre le niveau de l'offre à destination des enfants et adolescents autistes et les chiffres de prévalence appliqués à la région PACA (Fombonne) ne peut être comblé par la seule création de structures nouvelles. En outre, il faut tenir compte des enfants accueillis aujourd'hui dans des IME, destinés initialement à des déficients intellectuels.

C'est pourquoi, le développement de la prise en charge passe par une reconnaissance des accompagnements d'ores et déjà réalisés, soutenue par la création de places nouvelles sous la forme de petites unités de vie repérées, disposant d'un projet spécifique et d'un personnel formé aux troubles envahissants du développement.

Deux modalités seront donc mises en œuvre au service de ce dispositif :

- la requalification de places d'IME en IME « autistes » avec un cahier des charge et un financement adapté;
- en accompagnement, la création de places nouvelles par extension d'établissements existants.

La déclinaison de ces modalités s'adaptera aux constats portés en département selon les spécificités de l'offre existante. Elle impliquera un partenariat avec les institutions spécialisées dans la prise en charge de l'autisme (coopérations, conventions, contractualisation) et un accompagnement du centre de ressources autisme tant pour la définition des projets d'établissement, déclinés en fonction des besoins et à l'aune des recommandations de la HAS et de l'ANESM, que pour la formation du personnel .

Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire

Développement de la prise en charge des enfants et adolescents polyhandicapés par la création de petites unités d'accompagnement

La région PACA se caractérise par un relatif bon niveau d'équipement à destination des enfants et adolescents polyhandicapés au regard de la moyenne nationale. Il n'en reste pas moins que les acteurs de terrain et en premier lieu les MDPH constatent encore des situations de carence de prise en charge qui nécessitent un ajustement de l'offre existante sur un mode similaire à celui proposé pour les autistes et TED.

Afin de garantir un accompagnement équitablement réparti sur les zones peu ou pas couvertes aujourd'hui, seront créées de petites unités destinées au sein des IME à la prise en charge des enfants et adolescents polyhandicapés par requalification de place d'IME en EEAP.

Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire

Développement de places de SESSAD plurivalents en articulation avec les SESSAD spécialisés

Equipement charnière dans le cadre de la scolarisation, de la socialisation et du maintien à domicile des enfants en situation de handicap, les SESSAD sont aujourd'hui trop peu nombreux pour assurer une couverture de l'ensemble des besoins sur ce secteur. Ces carences, qui touchent en particulier certaines zones bien identifiées, nuisent à la continuité de la prise en charge, freine l'inclusion scolaire et laissent des familles sans solution globale satisfaisante.

Les SESSAD constituent la réponse privilégiée aux besoins du secteur. Dans la perspective d'une couverture la plus large possible sur la région, il sera privilégié le déploiement de services plurivalents, pouvant assurer l'accompagnement médico-social d'enfants aux besoins très diversifiés. Il sera nécessaire également de se concerter au niveau local sur la mise en cohérence et l'amélioration de la desserte des services existants pour ne pas laisser de zone « blanche ».

Afin de ne pas entamer la qualité de prise en charge et permettre une spécialisation du parcours d'accompagnement, il conviendra que les SESSAD se constituent en réseau entre eux mais aussi avec les établissements médico-sociaux, notamment au bénéfice des enfants les plus lourdement handicapés (autistes et TED). Le développement des SESSAD devra s'effectuer dans une logique d'accompagnement en milieu ordinaire.

Le développement des SESSAD passera par plusieurs modalités de mise en œuvre à décliner selon les caractéristiques propres des départements concernés :

- la transformation de places d'établissement
- la réorganisation des zones d'intervention
- la création d'antennes à partir des SESSAD existants
- la création de places nouvelles par extension de SESSAD existants.

Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire

Développement de places de SAMSAH plurivalents /généralistes en articulation avec les SAMSAH spécialisés

Régis par le décret du 11 mars 2005, les SAMSAH se sont développés sur la région PACA entre 2007 et 2010 donnant lieu à une répartition infra-départementale très inégale et une forte spécialisation.

Les SAMSAH présentent des enjeux forts pour d'accompagnement médico-social à domicile des adultes en situation de handicap. Garantir le libre choix de la personne et soutenir le choix de vie en milieu ordinaire suppose de maintenir une couverture équitable en SAMSAH sur la région. La forte spécialisation de certains SAMSAH sur la région suppose de rééquilibrer l'offre par le développement de places de SAMSAH plurivalents sur les zones identifiées comme prioritaires. Ce développement devra alors s'accompagner d'une mise en cohérence de l'offre en SAMSAH plurivalents avec l'offre en SAMSAH spécialisés par :

- la mise en réseau des services
- l'identification et/ou la réorganisation de leurs zones d'intervention.

Outre une sécurisation du parcours de vie et de soins de la personne, cette cohérence territoriale assurera une diffusion du soutien et de l'accompagnement à l'insertion sociale et à l'autonomie. La mise en réseau des services avec les établissements médico-sociaux (MAS, FAM) s'avèrera indispensable pour l'atteinte de cet objectif.

Pour ce faire, sera promue une démarche d'optimisation de l'offre par mutualisations, regroupements, coopérations entre SAMSAH et entre SAMSAH et SESSAD sur les fonctions logistiques notamment pour les transports et l'intervention des professionnels.

Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire

Diversification des modes d'accueil

La diversification des modes de prise en charge dont l'accueil temporaire est un axe majeur de soutien à la vie à domicile des personnes en situation de handicap mais également de leurs familles.

L'accueil temporaire participe aux ressources disponibles pour la construction du parcours de prise en charge des personnes handicapées et le maintien de son autonomie en lui permettant d'organiser sa vie à partir de temps diversifiés : temps en institution, temps à domicile, travail, scolarité, formation, loisirs.

L'accueil temporaire se décline en différentes modalités adaptées comme réponse à un besoin, dont :

- la réponse à une situation d'urgence ;
- le besoin d'un accueil séquentiel ;
- l'accueil de jour.

L'accueil temporaire participe également au soutien des aidants sur lesquels repose en grande partie la composante « vie à domicile ». Il leur permet d'organiser leur vie sociale, familiale et professionnelle, de prendre des temps de répit ou d'organiser le relai dans le cadre d'une prise en charge en établissement.

La région PACA est peu pourvue en accueil temporaire c'est pourquoi il est important de déployer ce mode d'accueil en dotant chaque département d'un nombre suffisant de places au niveau territorial approprié :

- proximité pour les adultes ;
- recours pour les enfants.

Le développement de l'accueil temporaire devra s'accompagner d'une mise en réseau des structures avec la création d'outils de coordination, d'information et de rapprochement offre/demande pour organiser au mieux la réponse aux besoins et le traitement des urgences. Par ailleurs, afin de pérenniser les places réservées à ce mode d'accueil et en garantir les conditions de fonctionnement, il importe de pouvoir inscrire l'accueil temporaire dans le projet d'établissement.

Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire

Déploiement territorialisé du dispositif ITEP dans l'ensemble des départements

L'accompagnement des enfants et adolescents souffrant de troubles de la conduite et du comportement doit s'opérer sur la base d'une organisation en dispositif comprenant des modalités diversifiées, intégrées et modulées de prise en charge (service, semi-internat, internat, accueil familial et temporaire) ainsi qu'une forte coopération avec les institutions de droit commun (système scolaire, psychiatrie infanto-juvénile) et spécialisées (protection judiciaire de la jeunesse, aide sociale à l'enfance).

Les organisations départementales sont à cet égard contrastées et il convient d'assurer une cohérence sur l'ensemble des territoires en mettant en œuvre les adaptations nécessaires de l'équipement pour tendre vers ce modèle en insistant sur la complémentarité des structures, leur mise en réseau et l'amélioration de l'accessibilité des structures.

Cette adaptation de l'équipement existant s'accompagnera, en fonction du niveau d'équipement et des besoins tels que repérés par les acteurs locaux dont les MDPH, de la création de places nouvelles d'ITEP (SESSAD, et établissement) en privilégiant l'extension de structures existantes ou d'antennes desservant des zones aujourd'hui dépourvues d'accompagnement.

Objectif	Approfondir la mise en œuvre des dispositifs ITEP dans une perspective territoriale maillée et partenariale
Plan d'action	Affiner les diagnostics départementaux en mettant en regard le niveau et la nature des besoins aux ressources disponibles et leur organisation. Décliner un plan d'action à adapter selon les territoires concernés : - Bouches-du-Rhône : prolongement de la démarche schématique lancée en 2008 en la mise en réseau et la coopération des ITEP, en renforçant qualitativement la prise en charge dans les territoires les plus vulnérables et en confortant le parcours vers l'insertion professionnelle ; - Var et Alpes Maritimes : sur la base d'un examen approfondi des conditions de mise en œuvre du dispositif, réalisation d'actions en faveur de l'adaptation des structures existantes aux principes de proximité, d'inclusion scolaire et d'insertion professionnelle. Rendre opérationnelle la coopération des ITEP (mise en réseau pour assurer la mise en œuvre du dispositif en proximité) et assurer le cas échéant les redéploiements possibles pour une couverture territoriale optimale.
Programmation	Sur la durée du schéma : - diagnostics locaux et élaboration des plans d'action départementaux - mise en œuvre des plans d'action - renforcement de l'équipement en places destinés à l'accompagnement des adolescents vers la préprofessionnalisation
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation des diagnostics par territoire, formalisation de la mise en réseau des structures, effectivité des actions d'adaptation de l'offre dans les territoires ciblés.

Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire

3.2.3.3 Assurer la continuité de l'accompagnement aux âges charnière

Petite enfance : Conforter l'action spécifique des CAMSP

Structure multidisciplinaire charnière pour la petite enfance, les CAMSP prennent une part essentielle dans le diagnostic, l'évaluation, l'accompagnement et la prise en charge des très jeunes enfants en situation de handicap et leur famille. La qualité et la continuité des accompagnements mis en place dès le plus jeune âge sont déterminantes pour l'avenir de l'enfant en termes de développement de potentialités et de prévention de la perte d'autonomie.

La qualité de la couverture géographique des CAMSP en PACA, leur apport dans la prise en charge, et leur insertion dans les réseaux partenariaux permettent de développer une prise en charge satisfaisante dans un contexte marqué par un sous-équipement et une fragmentation dans le secteur de l'enfance handicapée.

Néanmoins, des améliorations sont attendues sur deux points : la desserte des zones aujourd'hui non couvertes et le renforcement de certaines missions.

Concernant le premier point et sur la base des analyses territorialisées, il conviendra de compléter l'offre en CAMSP par le développement de cette prise en charge spécifique sur les zones identifiées, en lien avec les équipements existants au bénéfice de l'enfance sur les territoires : équipements médicaux-sociaux, sociaux, crèches, écoles, équipements sanitaires…

Ce développement s'appuiera nécessairement sur un diagnostic local fin et partagé des ressources et des besoins constatés.

Concernant les missions, trois axes principaux doivent être renforcés :

- le diagnostic et l'évaluation des enfants autistes et TED en partenariat avec le centre de ressources autisme ;
- le diagnostic, le suivi et l'accompagnement des enfants sourds et malentendants, en première intention ou en relais ;
- la participation aux évaluations préalables aux décisions prononcées par les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, par convention avec les Maisons départementales.

Objectif	Mobiliser les CAMSP dans le cadre des plans sectoriels en cours afin d'améliorer significativement le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoce des enfants autistes
Plan d'action	Généraliser le conventionnement entre les CAMSP et le CRA afin d'assurer la transmission des outils de diagnostic et d'évaluation, la formation des personnels, mais aussi l'accueil et l'accompagnement suite aux évaluations complexes réalisées par le CRA Favoriser le conventionnement entre les CAMSP et les institutions spécialisées en charge des enfants sourds et malentendants afin de renforcer les compétences des CAMSP sur cette problématique et assurer les relais nécessaires quand le besoin de compensation nécessite une intervention plus ciblée.
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	nombre de conventions signées nombre d'enfants autistes et TED suivis en CAMSP (rapport d'activité des CAMSP)

16-25 ans : améliorer l'entrée dans l'âge adulte

La fin de l'adolescence et le passage à l'âge adulte sont des moments cruciaux du parcours de vie des personnes handicapées et un temps où les risques de rupture sont lourds de conséquence pour le développement de l'autonomie et les besoins d'accompagnement à venir.

Des points de fragilité existent dans la constitution des équipements médico-sociaux : transition entre SESSAD et SAMSAH, entre les IME et les établissements pour adultes... Ils touchent de manière plus forte les sorties du milieu ordinaire lorsque la poursuite de la scolarité n'est plus possible (fin de l'obligation scolaire, sortie d'ULIS, souffrance scolaire).

Afin de mieux connaître leurs besoins spécifiques et de construire des réponses articulées sur la base des ressources locales, il conviendra de procéder à une analyse territorialisée de la situation concernant cette tranche d'âge.

Plusieurs mesures permettront de faciliter les passerelles, de consolider le passage en soutenant les potentialités de jeunes handicapés et en leur permettant d'accéder à l'insertion sociale et professionnelle :

- structurer en réseau les équipements médico-sociaux existants et de renforcer des coopérations (SESSAD, SAVS, SAMSAH, ESAT, Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle, Centre de Formation des Apprentis Spécialisé) ;
- décloisonner l'organisation et le fonctionnement des sections d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP, ex-IMPro) et les Unités Locales d'Inclusion Scolaire (ULIS, ex-UPI) et formaliser les partenariats ;
- assouplir les agréments d'âge des services et renforcer les coopérations entre les SESSAD et les SAMSAH ;

- favoriser la mise en place au sein de chaque département un dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans en collaboration avec l'éducation nationale, le conseil régional, les conseils généraux, les CFA et CFAS et les EMS disposant de section de pré-professionnalisation.

Pour les jeunes les plus lourdement handicapés qui font le choix de la vie en établissement, il conviendra de renforcer les capacités en MAS et en FAM afin de réduire le nombre d'adolescents et de jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton (voir orientation….).

Objectif	Définir des modalités d'organisation de l'offre médico-sociale dans au bénéfice de la construction des parcours des adolescents et jeunes adultes
Plan d'action	1. Etablir un diagnostic territorialisé des ressources et des besoins des adolescents et jeunes adultes 2. Définir des axes de progrès : - assouplir des agréments d'âge sur la base des potentialités que peuvent déployer les ESMS existants - structurer en réseau les équipements médico-sociaux existants - renforcer des coopérations par des conventions formalisées par territoire entre les SESSAD, SAVS, SAMSAH, ESAT, Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle, Centre de Formation des Apprentis Spécialisé, ULIS collèges et lycées afin de proposer des parcours cohérents et accessibles pour tous - favoriser la mise en place au sein de chaque département un dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans en collaboration avec l'éducation nationale, le conseil régional, les conseils généraux, les CFA et CFAS et les EMS disposant de section de préprofessionnalisation.
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation des diagnostics, modification des agréments d'âge effectivement réalisées, conventions signées pour chaque territoire en proximité. Dans un second temps, il sera proposé de mesurer en lien avec les partenaires institutionnels l'évolution du dispositif sur la durée du schéma.

Répondre au vieillissement des personnes en situation de handicap

Allongement de la durée de vie en institution, accroissement des besoins de santé et des besoins d'accompagnement : le vieillissement des adultes en situation de handicap, désormais bien documenté tant au niveau national que régional, a des impacts importants sur l'organisation, le positionnement et l'accompagnement des ESMS. Il implique de porter une attention particulière à l'environnement des personnes, de renforcer encore la personnalisation des prises en charge et de suivre précisément les évolutions de la situation familiale.

En conséquence, le maintien de l'autonomie et le développement de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes dépendra des ajustements de l'accompagnement en institution et à domicile.

Depuis le milieu des années 2000, un certain nombre d'établissements médico-sociaux spécifiquement destinés aux personnes handicapées vieillissantes, en majorité des FAM, ont été créés en PACA. L'adaptation de l'offre sera privilégiée sur la durée du schéma; elle consistera dans le déploiement d'une palette diversifiée d'accueil et d'accompagnement, le développement et la formalisation des partenariats avec le secteur hospitalier et celui des personnes âgées et le suivi de l'évolution des projets institutionnels.

Elle se déclinera ainsi en plusieurs axes de travail :

- adapter l'offre de SSIAD et de SAMSAH en améliorant leur organisation territoriale et en renforçant leurs missions d'accompagnement et de coordination en lien avec le vieillissement ;
- poursuivre la médicalisation de places de Foyer de Vie en partenariat avec les conseils généraux pour renforcer l'offre en établissements spécialisés ;
- découpler l'accueil en foyer d'hébergement de l'activité en ESAT ;
- soutenir les aidants ;

- favoriser les prises en charge conjointes (EHPAD et autres structures) en partenariat avec les Conseils Généraux.

Une attention sera également portée sur les potentialités de reconversion du sanitaire vers le médico-social.

Par ailleurs, des actions spécifiques seront développées afin de répondre aux problématiques des personnes handicapées vieillissantes à domicile dont les parents et aidant avancent en âge :

- améliorer la connaissance territoriale des besoins des personnes par la mise en œuvre d'un repérage des situations fragiles
- Identifier des ressources territoriales de prise en charge en lien avec les ESMS, les établissements pour personnes âgées et les MDPH
- mieux préparer l'entrée en établissement en développant les places d'accueil temporaire et d'accueil de jour.

Objectif	Renforcer qualitativement l'offre médico-sociale et adapter le fonctionnement et l'organisation des structures médico-sociales au vieillissement en mobilisant de manière prioritaire les ressources existantes
Plan d'action	Affiner de manière partenariale le diagnostic territorialisé des ressources et des besoins en matière de vieillissement des personnes en situation de handicap en assurant en particulier une veille sur les besoins des personnes vivant à domicile avec des aidants âgés Définir les axes de progrès : - favoriser les coopérations entre les équipements médico-sociaux spécialisés existants avec les établissements pour adultes "classiques" notamment en matière de formation, d'appui méthodologique (projets) et de répit (mobilisation de places d'accueil temporaire) - favoriser la mise en réseau des établissements pour adultes handicapés concernés avec les EHPAD et services d'aide et d'accompagnement à domicile dans une perspective d'échanges de pratiques, de protocoles d'instauration de passerelles entre les dispositifs Assurer l'élaboration de projets personnalisés pour les personnes handicapées vieillissantes prises en charge au sein d'un établissement ou par un service à destination des personnes âgées ou des personnes handicapées comprenant l'ensemble des besoins et attentes dont le soutien aux aidants. Poursuivre en lien avec les conseils généraux la médicalisation de places de foyers de vie
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue :réalisation des diagnostics, définition des axes de progrès, mise en œuvre des actionsDans un second temps, il sera proposé de mesurer l'évolution du niveau de prise en charge proposé dans le secteur médico-social à l'issue du schéma.

3.2.3.4 Mieux articuler les accompagnements médico-sociaux et la scolarité des enfants et adolescents en situation de handicap

Sept ans après la promulgation de la loi 2005-102, le droit à la scolarité pour tout élève handicapé, en milieu ordinaire de manière privilégiée, rencontre encore des difficultés dans sa mise en œuvre, en lien avec les caractéristiques de l'équipement pour enfants et adolescents en PACA (sous-équipement, inégale répartition géographique).

Garantir l'effectivité de ce droit passe par une mobilisation conjointe des institutions médico-sociales et scolaires. Le pilotage commun au niveau régional et académique offre la possibilité d'harmoniser les pratiques et de construire des outils permettant de rendre opérationnel les principes d'accessibilité et de compensation.

L'amélioration de l'articulation entre les accompagnements médico-sociaux et la scolarité vise à la diversification du parcours scolaire et sa continuité.

L'objectif est bien de rendre effectif le droit à la scolarité en repositionnant le secteur médico-social au bénéfice de la diversification des formes d'accompagnement. Ceci implique à la fois l'engagement des moyens matériels et humains et l'accroissement de la coopération avec les établissements scolaires dans le cadre des projets personnalisés de scolarisation.

Conforter et élargir la démarche commune Education Nationale / ARS en matière de conventionnement des unités d'enseignement des ESMS pour enfants et adolescents

L'unité d'enseignement, en tant que dispositif intégré à un ensemble plus vaste et directement connecté au droit commun, constitue un levier pour améliorer de manière significative la coopération entre les ESMS et les établissements scolaires et organiser concrètement la complémentarité de leurs interventions respectives au service des parcours de vie et de scolarité des enfants en situation de handicap.

La démarche commune relative au conventionnement, liant les services de l'Education Nationale et ceux de l'ARS, est destinée à impulser cette coopération sur la base d'un partage des données et des expériences en constituant un socle commun de principes et d'actions. Initiée dans l'Académie d'Aix-Marseille sur la base d'un partenariat entre l'ARS et le rectorat, elle sera élargie aux départements du Var et des Alpes Maritimes avec le rectorat de Nice.

Il est attendu sur le moyen terme une inflexion des projets de service, d'établissement et pédagogique dans le sens de leur mise en cohérence avec les objectifs de la loi de 2005 dans le sens d'une réponse aux exigences de participation sociale et de scolarisation de tous les enfants sur l'ensemble des territoires.

Objectif	Conforter et élargir la démarche commune Education Nationale / ARS en matière de conventionnement des unités d'enseignement des ESMS pour enfants et adolescents. Organiser l'accompagnement médico-social et la scolarisation selon une logique de coopération basée sur la complémentarité des interventions, des compétences et des expertises autour de l'élève/enfant en situation de handicap Susciter l'innovation et diffuser les bonnes pratiques en matière de scolarisation.
Plan d'action	Première étape : conventionnement des unités d'enseignement dans les ESMS selon une démarche conjointe associant étroitement l'Education Nationale et ARS suivi du conventionnement (évaluation) et notamment des aménagements apportés dans l'organisation et le fonctionnement des ESMS et des établissements scolaires (projets de service, d'établissement et pédagogique) Deuxième étape : suivi et animation conjointe de groupes de travail intersectoriels valorisation des bonnes pratiques professionnelles organisation de formations partagées
Programmation	Sur la durée du schéma : Phase 1 : Ingénierie académique et régionale du conventionnement (charte, enquête, ratios, convention cadre). Phase 2 : Mise en œuvre départementale (IA et DT ARS, négociation avec associations gestionnaires, préparation des conventions, GTD) selon un échéancier défini localement. Phase 3 : Ingénierie académique et régionale du suivi du conventionnement (indicateurs d'évaluation, leviers pour l'action, déclinaison des conventions dans les CPOM, impact sur les projets d'établissement / grille de lecture). Phase 4 : Valorisation des bonnes pratiques professionnellesAnimation académique et régionale auprès des associations et ESMS en lien avec les enseignants référents de scolarité (colloque et cercles de compétences). Réalisation et diffusion d'un guide des bonnes pratiques. Développement de formations.
Evaluation	Indicateurs de suivi : Nombre de conventions signées à chaque rentrée scolaire et leur contenu (dimension qualitative), évolution des ratios de scolarisation Réalisation du guide des bonnes pratiques Nombre, contenu et fréquentation des formations conjointes organisées Indicateurs de résultat : Indicateurs de niveau de scolarisation à construire sur la base de l'exploitation de l'enquête scolarisation et des données issues des MDPH Indicateurs qualitatifs mesurant l'impact de la démarche sur l'évolution des projets d'établissement et de service à partir des rapports d'activité des ESMS et des données recueillies auprès des enseignants référents de scolarité (augmentation des temps partagés, nombre de conventions passées entre les établissements scolaires et les ESMS, fréquence des réunions de concertation, fréquence des interventions, appuis et accompagnements sur site) Indicateurs de suivi des parcours (nombre de rupture de parcours... à modéliser un territoire déterminé) Enquête sur le niveau de connaissance du guide Enquête de satisfaction sur les formations reçues

Aménagement de l'action des SESSAD en complémentarité avec les dispositifs collectifs d'inclusion scolaire

Dans le cadre de la mise en place du soutien à la scolarisation, l'organisation et le fonctionnement des SESSAD comme la création des places nouvelles doivent être coordonnée et mises en cohérence avec les besoins d'accompagnement des enfants et adolescents fréquentant un dispositif collectif d'inclusion scolaire (CLIS, ULIS et ULIS-lycées) ou des classes ordinaires.

Le fonctionnement des services pourraient être revus en concertation avec les MDPH afin de proposer un accompagnement global des élèves des classes concernées en assouplissant la procédure d'orientation afin d'optimiser l'organisation et de couvrir l'ensemble des besoins.

Faciliter les transports des élèves en situation de handicap

La majorité des enfants et adolescents accompagnés par des services médico-sociaux sont également des élèves en classes ordinaires ou en dispositifs collectifs d'inclusion (CLIS et ULIS). Parallèlement de nombreux enfants accueillis en établissements bénéficient ou pourraient bénéficier d'une inclusion en milieu ordinaire. Cependant, l'organisation de ces parcours est souvent contrariée par des difficultés matérielles liées aux transports.

L'éloignement des structures médico-sociales des centres urbains et l'implantation des CLIS et ULIS, rendent parfois complexes voire impossibles une scolarisation ordinaire, tant du point de vue logistique que financier.

Dans ce contexte, il devient nécessaire de procéder à une analyse des difficultés existantes par territoire, de repérer de manière précise les zones de tension et de partager les constats avec l'ensemble des partenaires concernés que sont le Département, l'éducation nationale et les ESMS.

Sur la base de ces diagnostics locaux, une des pistes d'amélioration consistera à renforcer les coopérations inter-établissements et services pour faciliter les regroupements des élèves et in fine leur circulation.

Objectif	Accroître la coopération des acteurs institutionnels (ARS, éducation nationale et conseils généraux), des ESMS et des établissements scolaires afin de déterminer des solutions opérationnelles d'optimisation de l'organisation des transports des élèves en situation de handicap accompagnés par les ESMS.
Plan d'action	Recenser et analyser les difficultés existantes par territoire en partenariat avec l'éducation nationale, les ESMS et les conseils généraux Définir les axes d'un plan partenarial d'amélioration des transports des élèves handicapés accompagnés en ESMS Repérer les potentialités de coopération, mutualisation et regroupement au sein des ESMS afin de faciliter le transports des élèves accompagnés Accompagner les ESMS vers ce modèle d'organisation
Programmation	Sur la durée du schéma : - diagnostics par territoire - définition partenariale des axes de progrès - élaboration de plan partenarial d'amélioration des transports des élèves handicapés
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation des diagnostics, réalisation d'un plan d'amélioration des transports des élèves accompagnés par les ESMS, mise en œuvre des actions d'adaptation des ESMS Dans un second temps, l'amélioration effective du dispositif pour les usagers pourra se mesurer notamment par l'évolution du nombre d'enfants accompagnés en EMS bénéficiant d'une scolarité en temps partagé (unité d'enseignement et classes ordinaires)

Améliorer l'accompagnement médico-social des étudiants en situation de handicap

Avec l'augmentation continue de la scolarisation, la poursuite d'études concerne un nombre croissant de jeunes adultes en situation de handicap. Afin de préserver la continuité de leur parcours de vie et de formation, ceux-ci doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement médico-social adapté à leurs besoins de compensation et donc l'intervention d'un dispositif à construire par la mobilisation des services (SESSAD et SAMSAH) et le développement des logements adaptés.

Préalablement à la définition du dispositif, il conviendra de mieux cerner le niveau et la nature des besoins, en lien avec les académies et les MDPH, de repérer sur les territoires les services ressources capables de développer leur activité à destination des étudiants et de mobiliser les partenariats nécessaires à la préservation de l'autonomie sociale.

Objectif	Constituer une réponse médico-sociale aux besoins des étudiants en situation de handicap
Plan d'action	Recenser les besoins des étudiants en situation de handicap en lien avec les académies d'Aix-Marseille et de Nice et les MDPH Recenser les ressources sociales et médico-sociales existantes pour répondre à ces besoins (SAMSAH, SSIAD, SAD, SAVS) Identifier des services référents dans l'accompagnement des étudiants sur la base du diagnostic opéré et qualification partenariale des missions attendues pour répondre aux spécificités relevant de ces populations Articuler ces actions avec le développement du logement autonome adapté (voir fiche logement)
Programmation	Sur la durée du schéma : - établissement d'un diagnostic partagé comprenant les besoins et les ressources existantes - établissement par académie d'un dispositif d'accompagnement aux étudiants en fonction des ressources disponibles (SESSAD, SAMSAH) et en lien avec les services sociaux (SAD, SAVS)
Evaluation	Etablissement du diagnostic comprenant le nombre d'étudiants concernés Détermination des services mobilisés Nombre d'étudiants suivis en 2016

3.2.3.5 Améliorer et garantir une offre cohérente à destination des adultes lourdement handicapés

Bien que ne disposant que d'une très faible autonomie, les personnes lourdement handicapées doivent pouvoir choisir librement, en lien avec leur famille, leur mode de vie (domicile ou institution) mais aussi pouvoir évoluer dans leur choix. En effet, la nature et l'ampleur de leurs besoins nécessitent des réponses adaptées et évolutives conciliant vie en milieu ordinaire et/ou vie en institution. Il est donc important de pouvoir envisager globalement leur situation afin de garantir un parcours de vie et de santé cohérent par une offre en ESMS diversifiée et coordonnée et des prises en charge adaptées.

Diversifier et coordonner l'offre en établissement et services médico-sociaux

Afin de rendre possible le libre choix de vie des personnes lourdement handicapées, il importe de lever les freins d'accès aux soins et proposer des alternatives au tout domicile ou tout institution par une offre en ESMS diversifiée et coordonnée. Cette offre doit ainsi concilier des places :

- de MAS/FAM sur les espaces jugés prioritaires sous la forme de projets de plateforme,
- d'accueil de jour et d'hébergement temporaire adossées aux MAS et FAM,
- de SAMSAH plurivalents,
- de SSIAD.

Le développement de ces places sera organisé selon les modalités suivantes :

- la transformation de places d'établissement (requalification de places pour personnes âgées pour les SSIAD),
- la création de places nouvelles par extension (depuis les structures existantes),
- la réorganisation des zones d'intervention notamment pour les SAMSAH

Il devra s'inscrire dans une démarche de mise en réseau des établissements médico-sociaux avec les services d'aide à domicile (SAMSAH, SSIAD).

Cf Synthèse des objectifs quantifiés par territoire

Adapter et individualiser les accompagnements

Le projet individualisé de prise en charge des personnes lourdement handicapées doit prendre en compte outre le choix de vie de la personne, ses besoins et son environnement familial. C'est pourquoi il est important que figurent dans les projets de services ou d'établissements les axes suivants :

- l'accompagnement du vieillissement des personnes et de leurs aidants ;
- l'accompagnement de la fin de vie ;
- la problématique des troubles psychiatriques ;
- l'accompagnement des sorties d'hospitalisation
- la prise en charge des personnes en situation de précarité (personnes isolées, personnes sortant de prison)

et de mobiliser les leviers suivants pour y répondre :

- la formation du personnel aux prises en charge spécifiques et soins palliatifs (échanges de pratiques, formations communes sur les actes techniques ou prises en charge spécifiques) ;
- la formation des aidants ;
- la coordination voire la recherche de partenariat entre les équipes hospitalières et les équipes de suivi médico-sociales ;
- la recherche et mise en place de solutions de répit adaptées en direction des aidants (identification des personnes concernées, développement de l'accueil séquentiel, complémentarités entre services à domicile et établissements) ;
- le renforcement des missions de certains services (SAMSAH, SSIAD) sur certaines problématiques selon une logique de service « référent ». Il importe notamment pour les personnes détenues de pouvoir identifier un SSIAD référent pour chaque établissement pénitentiaire afin d'améliorer la prise en charge des personnes détenues lourdement handicapées et faciliter la continuité des soins à la sortie.

Fiche partagée accompagnement des professionnels et des aidants
Fiche adaptation des projets institutionnels

3.2.3.6 Soutenir l'insertion professionnelle des adultes

L'exercice d'une activité professionnelle est conçu par la loi du 11 février 2005 comme un élément majeur de la citoyenneté des personnes handicapées. La vie professionnelle participe pleinement au projet de vie de la personne en situation de handicap comme l'expression de son autonomie et de son utilité sociale.

Malgré ce droit d'accès au travail la situation des travailleurs handicapés face au chômage est plus défavorable que celle de l'ensemble de la population en âge de travailler. Les travailleurs handicapés sont généralement plus âgés que les autres chômeurs, et sont le plus souvent des hommes. Ils sont également moins diplômés et moins qualifiés.

L'accès au travail et la réussite du parcours professionnel dépend de plusieurs paramètres qu'il est important de prendre en compte afin de définir les réponses médico-sociales : le niveau de formation, les causes et la nature du handicap, le degré d'autonomie, le sexe, l'âge, la zone d'habitation.

Soutenir l'insertion professionnelle des adultes en situation de handicap suppose dès lors d'assurer la définition de parcours personnalisés pouvant concilier mesures spécifiques et mesures de droit commun en matière d'emploi et de formation, avec le cas échéant un accompagnement et un soutien au long cours.

Les axes retenus pour la mise en œuvre sont :

- promouvoir et faciliter l'autonomie des personnes en situation de handicap par le développement de logements autonomes en partenariat avec les acteurs publics en charge de la thématique ;
- favoriser la formation initiale des personnes en situation de handicap dont l'accès à l'apprentissage des jeunes sortant des UPI et des SEGPA ;

- susciter et soutenir les adaptations nécessaires de l'activité des ESAT au regard de l'évolution des besoins et projets des personnes (vieillissement, autisme) : extension de places, développement du temps partiel, développement de prestations de services, mise à disposition…;
- renforcer le partenariat et les articulations entre les différents partenaires de politiques publiques (DIRRECTE, EN, AM, AGEFIPH, ARS, CR, AGEFIPH…) en matière d'insertion professionnelle à partir d'une réflexion et d'un diagnostic partagé ;
- rechercher et promouvoir les complémentarités (coopération, mutualisation…) entre les différents acteurs et dispositifs du champ du travail afin de prévenir les situations de rupture et faciliter l'accès et le maintien au travail (UEROS, CRP, EA, EN…).

Objectif 1	Favoriser et accompagner l'adaptation des ESAT aux évolutions des populations accueillies par le développement d'activités adaptées
Plan d'action	Constituer un groupe de travail associant les représentants des institutions et professionnels ayant pour mission de : Réaliser un état des lieux de l'offre et des besoins Engager une réflexion sur le développement de solutions alternatives aux besoins de répit des travailleurs handicapés (temps partiels, logements ..) , d'activités complémentaires permettant aux travailleurs handicapés présentant notamment des TED ou souffrant d'autisme de pouvoir s'inscrire dans un parcours professionnel adapté et évolutif A partir d'un diagnostic des partenariats existants, rechercher les complémentarités entre ESAT d'un même territoire (mutualisation, échanges de pratiques..) pouvant contribuer à optimiser l'offre en formation et favoriser les modes de transport
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	Constitution du groupe Solutions proposées, mise en œuvre et évaluation

Objectif 2	Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi dans le cadre d'un parcours individuel vers l'activité professionnel plus lisible et cohérent
Plan d'action	Constitution d'un groupe de travail associant les différents partenaires DIRRECTE, MDPH, AGEFIPH, AM, Acteurs de l'accompagnement à l'emploi (CRP, UEROS, ESAT..), Conseil Général et Conseil Régional Etat des lieux des différents dispositifs et acteurs du champ de l'emploi et de la formation en direction des personnes en situation de handicap A partir d'une définition partagée sur les attendus des parcours professionnels, définition d'une politique régionale en matière d'emploi et de formation – formalisation d'une charte partagée
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	Production d'une charte partagée

Cf synthèse des objectifs quantifiés par territoire

3.2.4 Développer des accompagnements médico-sociaux spécifiques

3.2.4.1 Assurer une offre territoriale maillée en réponse à des besoins spécifiquement repérés

Organiser la prise en charge des adolescents souffrant de handicaps psychiques en grande difficulté

Un certain nombre d'adolescents en grande difficulté connaissent un parcours de soin et d'accompagnement chaotique résultant souvent des stratégies d'évitement des institutions concernées (ITEP, MECS, PJJ et PIJ). Chaque année, quelques cas focalisent l'attention et mettent en exergue les lacunes dans la coordination des interventions auprès des publics les plus déstructurés.

Afin de construire en faveur de ces jeunes des projets de soins et de vie cohérents et stables, il appartient aux partenaires de renforcer leur coordination, en particulier entre le secteur sanitaire et médico-social, d'organiser en amont les parcours sur la base de conventions et de favoriser les rapprochements, y compris géographique.

Ces rapprochements s'appuieront sur un diagnostic territorialisé des situations et des ressources existantes en matière de prise en charge (psychiatrie, médico-sociale et aide sociale) et devront tendre à la formalisation d'outils partagés pour l'accompagnement et le suivi des adolescents concernés.

Par ailleurs, le développement des places d'accueil temporaire en établissement médico-social devra prioritairement être mobilisé au bénéfice de ces parcours.

Objectif	Instituer des liens formalisés et permanents entre les différentes instances afin de permettre la construction de réponses adaptées et valables dans la durée au bénéfice de ces publics très fragiles
Plan d'action	Réaliser un diagnostic territorial partagé des besoins et des ressources existantes : ITEP, Aide Sociale à l'Enfance, établissements scolaires, inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, secteurs de psychiatrie adulte, services de la PJJ Etablir une analyse partagée avec l'ensemble des partenaires Proposition de plan d'actions comprenant la mise en place d'outils partagés, de protocoles formalisés de prise en charge, de relais, de liens avec les familles, de suivi des parcours
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation du diagnostic et des analyses partagées par territoire, élaboration et mise en œuvre effective des outils réalisés. Dans un second temps, il sera proposé de mesurer en lien avec les partenaires institutionnels l'évolution sur la période du schéma de l'évolution du nombre de situations de blocage repérées en MDPH

Poursuivre le renforcement de l'accompagnement des personnes autistes et TED

La mise en œuvre du plan autisme 2008-2010 s'est accompagné de la création de places en faveur des personnes autistes et TED en région PACA et d'un renforcement important du centre de ressources autisme lui permettant d'être en mesure d'assurer son rôle d'animation du réseau, de formation des professionnels, d'information et d'accueil des familles.

Le schéma régional doit s'inscrire dans la poursuite de ces objectifs en déployant plusieurs actions complémentaires :

- la labellisation de sections dédiées au sein des IME, disposant d'un projet spécifique, afin de mieux mailler les territoires et d'apporter un accompagnement en proximité ;
- le développement de l'accompagnement en MAS et en FAM, organisés en petite unités de vie, en étroite articulation avec les structures accueillant aujourd'hui des autistes pour apporter soutien et formation aux équipes ;
- le déploiement des activités médico-sociales du centre de ressources autisme en appui des ESMS en particulier en matière de diffusion des outils d'évaluation et des bonnes pratiques ;
- le renforcement du dépistage et de l'évaluation de l'autisme et des TED en proximité à partir des équipes référents des centres hospitaliers.

Objectif	Renforcer qualitativement l'offre d'accompagnement des personnes souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement par la mobilisation des ressources existantes et assurer une réponse équitablement répartie en région
Plan d'action	Affiner les diagnostics territoriaux en confrontant les besoins aux ressources existantes Labelliser des sections dédiées au sein des IME par requalification de places pour déficients intellectuels et pour déficients sensoriels dans le cadre de la programmation financière mais aussi sans mobilisation financière complémentaire en fonction des coûts à la place constaté Développer de petites unités de vie destinés aux personnes autistes en établissements pour adultes selon deux axes : a. adaptation des structures existantes en améliorant les conditions d'accueil b. développement de places nouvelles par extension d'établissements existants Poursuivre le renforcement des activités proprement médico-sociales du centre de ressources autisme (animation, formation, documentation) pour aboutir à la constitution d'un véritable réseau institutionnalisé d'accompagnement Déployer les équipes référents des centres hospitaliers en lien avec le CRA pour un repérage et un diagnostic de première intention

Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	Nombre et implantation des sections dédiées aux enfants et adolescents autistes et TED Nombre et implantation des places dédiées aux adultes Suivi des listes d'attente des MDPH (volume, âge, territoire de vie)4. suivi des indicateurs du rapport d'activité du centre de ressources autisme : a. délais d'attente entre le réception de la demande et la première consultation (mesure du déploiement des équipes de référence des centres hospitaliers) b. évolution du nombre et de la nature des actions de conseil et d'appui aux pratiques professionnelles c. évolution du nombre, du public et de la nature des actions de sensibilisation et de formation d. évolution du nombre d'actions d'appui aux MDPH e. mise en place des outils d'information et de communication (site internet, bulletin...)

Les troubles spécifiques des apprentissages

Les besoins d'accompagnement des enfants et adolescents souffrant de troubles des apprentissages vont croissants dans un contexte d'amélioration du repérage de ces troubles, en lien notamment avec le centre de référence La Timone.

Depuis quelques années des places médico-sociales spécialisées ont été créées afin d'offrir un accompagnement médico-social soutenu pour les enfants les plus en difficulté, en soutien d'une scolarisation en milieu ordinaire.

Par ailleurs, un projet de reconversion d'une maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée dédiée aux troubles des apprentissages, dans le département des Hautes-Alpes est en cours. Celui-ci vise à déployer une prise en charge majoritairement en SESSAD sur plusieurs zones de la région, à partir du plateau technique de la MECSS, tout en maintenant pour les enfants les plus lourdement handicapés un accompagnement en internat, qui à terme pourra être reconsidéré au regard de l'évolution des besoins régionaux.

A partir d'une consolidation des diagnostics affinés par territoire (connaissance des besoins et de l'offre existante), établie en lien avec le centre de référence La Timone, les enjeux majeurs résideront dans :

- la mise en cohérence des équipements existants et l'optimisation de leur fonctionnement ;
- la mise en réseau des partenaires sur le sujet ;
- la clarification de l'intervention des CMPP et leur mobilisation au service des enfants et adolescents souffrant de ces troubles.

Objectif	Développer les réponses médico-sociales en proximité par la mobilisation des équipements existants et articulée avec les réponses assurées par le secteur sanitaire tant en ambulatoire (orthophonistes) qu'en hospitalier (centres de référence)
Plan d'action	Affiner les diagnostics par territoire sur les besoins (MDPH, centres de référence) et les ressources existantes en transversalité entre les secteurs sanitaire et médico-social Définir des modalités d'organisation articulée avec le secteur sanitaire en prenant appui sur les structures spécialisées et les structures de prise en charge de première intention (CMPP) et de deuxième intention (SESSAD) comprenant l'ensemble des étapes depuis le repérage jusqu'à la prise en charge médico-sociale (formation, information, soutien) Etudier les opportunités de développer une offre spécifique là où la réponse aux besoins n'est pas assurée par l'offre existante (CMPP dans les Alpes Maritimes par exemple).
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	L'évaluation portera dans un premier temps sur des indicateurs de suivi des actions prévues et sur la production effective attendue : réalisation des diagnostics, définition des axes de progrès, mise en oeuvre des actions Dans un second temps, il sera proposé de mesurer le niveau de prise en charge proposé dans le secteur médico-social à l'issue du schéma.

Poursuivre le renforcement de l'accompagnement médico-social des adultes handicapés psychiques

Suite à la seconde enquête séjours longs en psychiatrie menée en région PACA, ont été identifiées un nombre encore important de patients qui relèveraient d'une pris en charge médico-sociale du fait de la faiblesse de leur autonomie et de leurs besoins de compensation.

Une troisième enquête sera lancée qui devra associer les partenaires du Département et des MDPH afin d'harmoniser et de partager l'évaluation des besoins des personnes handicapées psychiques.

A partir de ces résultats, le développement de l'accompagnement médico-social à destination de ces personnes devra être soutenue afin d'améliorer leur prise en charge et garantir une juste réponse à leurs besoins.

Ainsi, sur la base d'une analyse locale précise des besoins et des ressources sanitaires et médico-sociales existantes, il conviendra de reconvertir sous condition une part des activités sanitaires en prise en charge médico-sociales, en accompagnant ces opérations, le cas échéant, par la création de places afin de conforter les projets de transformation.

Ces transformations s'accompagneront obligatoirement de procédures telles que définies dans l'orientation « articulation entre la psychiatrie et le secteur médico-social » afin de garantir la continuité des parcours de vie et de soins des personnes.

3.2.4.2 Assurer une réponse régionale aux besoins les plus complexes

Le handicap rare (1 cas pour 10 000 habitants) est la conséquence d'une association rare et simultanée de déficits sensoriels, moteurs, cognitifs ou de troubles psychiques. Il génère une situation complexe, différente de la simple addition de déficiences et nécessite une expertise spécifique, caractérisée par la difficulté et la rareté. Le lien entre maladie rare et handicap rare n'est pas systématique. La rareté génère un isolement, une méconnaissance générale, un retard à la détection, une complexité de l'évaluation, avec un risque majoré de non-réponse pour la prise en charge. Les familles sont fortement impactées (parfois caractère génétique) et l'implication des aidants est très importante.

Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 a été arrêté le 27 octobre 2009. Le pilotage est assuré par la CNSA selon le développement de trois axes :

- développement des compétences et augmentation des expertises ;
- amélioration de la détection, l'orientation, la prise en charge sur le territoire national ;
- développement et structuration de l'offre avec maillage territorial.

Les centres de référence maladies rares, les centres régionaux de ressources autisme et les centres nationaux de ressources handicaps rares (le CRESAM à Poitiers, le centre la Pépinière à Loos lès Lille, le centre Robert Laplane à Paris) constituent des points d'appui. ==

Les perspectives pour le SROMS, en lien avec le Plan national maladies rares, sont les suivantes :

- contribuer au diagnostic national selon la méthodologie définie par la CNSA ;
- identifier les problématiques au niveau régional en lien avec les centres de référence ;
- identifier un (ou des) porteur(s) susceptible(s) de répondre aux futurs appels à projets nationaux relatifs au dispositif d'accompagnement avec hébergement permanent et séquentiel pour les adultes en MAS (ou FAM).

Objectif	Assurer une réponse régionale aux besoins les plus complexes
Plan d'action	Le pilotage de la mise en œuvre du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 relevant du niveau national, le plan d'action proposé sera susceptible d'être modifié en fonction des consignes fixées par la CNSA. Mise en place d'un groupe de travail régional comprenant notamment les six MDPH de la région, les associations et établissements ou services accueillant des déficients sensoriels, des services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge des déficiences sensorielles ou de l'épilepsie, l'URIOPS et le CREAI Paca Corse. Les objectifs fixés à ce groupe seront les suivants : 1. Contribuer au diagnostic national a. identifier les acteurs régionaux qui ont la connaissance de ce public : établissements médico-sociaux spécialisés ou non, personnes qualifiées, associations, services à domicile… b. identifier les accueils de personnes présentant un handicap rare dans les services et établissements médico-sociaux c. sensibiliser les équipes des MDPH à la nécessité d'instaurer une vigilance : repérage des situations de personnes présentant un handicap rare et suivi du parcours de vie. La faisabilité d'étendre cette réflexion aux situations complexes sera posée. 2. Identifier les problématiques au niveau local a. développer une meilleure connaissance des freins et limites des interventions à domicile auprès des personnes présentant un handicap rare b. identifier les partenariats entre les acteurs au sein de la région c. identifier les partenariats entre les acteurs régionaux et les centres nationaux de ressources handicaps rares d. identifier les partenariats entre les acteurs régionaux et les centres de référence maladies rares e. organiser une veille permanente des situations de personnes présentant un handicap rare (voire des situations les plus complexes) 3. Identifier un (ou des) porteur(s) susceptible(s) de répondre aux futurs appels à projets nationaux relatifs au dispositif d'accompagnement avec hébergement permanent et séquentiel pour les adultes en MAS (ou FAM) : - pour les combinaisons de déficiences sensorielles (dimension interrégionale) - pour les groupes maladies neurologiques avec conséquences cognitives et/ou troubles du comportement et/ou épilepsie sévère ou rare - pour le groupe de combinaison déficience physique avec troubles de la personnalité et/ou troubles du comportement
Programmation	Sur la durée du schéma
Evaluation	Nombre de réunions du groupe et assiduité des participants Respect du calendrier Production de données

3.3 Les personnes confrontées à des difficultés spécifiques

3.3.1 Améliorer la coordination des dispositifs de prise en charge

Selon l'article L.1434-12 du CSP, le schéma régional d'organisation médico-sociale veille à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS. Celle-ci constitue un enjeu majeur du projet régional de santé.

La diversité de l'offre de soin est un atout pour la prise en charge globale et multidisciplinaire que nécessite l'accompagnement des patients confrontés à des difficultés spécifiques, à condition que les dispositifs soient bien articulés les uns aux autres en termes d'organisation, de répartition de l'offre, de priorités.

Plus spécifiquement sur le champ des addictions, il serait souhaitable, conformément aux orientations du Schéma Régional d'Addictologie arrêté en mars 2010, que la Commission Régionale Addictions conduise une réflexion sur les **missions de coordination** de proximité qui pourraient avoir pour objectifs :

- de mettre en cohérence et permettre une complémentarité des actions, en précisant les missions et territoires de chacun, en veillant au niveau local à éviter les lacunes comme les doublons,
- de créer du lien entre les acteurs, de permettre leur rencontre, de favoriser les échanges et leur connaissance mutuelle,
- de transmettre de l'information dans le sens d'une culture commune de l'addictologie, mais aussi de faire émerger de l'information : veille sanitaire, idées innovantes, carences du dispositif.

3.3.2 Le parcours de soins de la personne

Dans un parcours, les points d'entrée doivent être visibles de tous, accessibles de façon simple sans stigmatisation et capables d'offrir, dans la proximité, la meilleure prise en charge. A l'entrée, le patient bénéficie d'une évaluation-médico-psycho-sociale puis d'une prise en charge individualisée qui doit tendre à être la plus continue possible, sans rupture dans le parcours.

La communication entre les structures autour d'un patient (courriers, réunions,…) pour créer une relation d'équipe, les rencontres entre un patient et les professionnels de première ligne qui le suivent sont à développer et entrent dans le cadre de l'élaboration d'un suivi personnalisé. Cela nécessite d'accompagner la personne lors du passage d'une structure à une autre, de mettre en place des relais entre la prévention, le soin et les structures d'insertion. Il s'agit de développer **le travail en réseau, en coopération qui doit permettre la connaissance réciproque des intervenants, le lien entre les équipes et assurer ainsi le décloisonnement.**

La prise en charge des soins étant souvent complexe et associant des pathologies multiples, il est essentiel de l'inscrire dans le quotidien et dans le temps, et de pouvoir apporter une aide médico-sociale qui soit adaptée à chaque parcours.

3.3.3 Assurer une couverture territoriale équilibrée

La couverture territoriale doit permettre l'adéquation entre l'offre et les besoins afin que les personnes en difficultés spécifiques soient orientées vers les structures ad hoc. Cela nécessite :

- une accessibilité spatio-temporelle des structures *:* localisation, délais, horaires, critères d'accueil…
- un accès aux différentes prises en charge ambulatoire, de prévention, médico-sociale.
- une couverture des besoins sociaux des personnes en grande précarité, la dépendance étant elle même un facteur de précarité.
- une couverture de besoins particuliers, liés à certaines populations spécifiques
- une accessibilité des professionnels aux ressources : information, référentiels, recherche, formations, groupes de pairs, niveau de recours.

L'organisation de l'offre en direction des personnes en difficultés spécifiques doit pouvoir prendre en considération les spécificités de ce public et de sa prise en charge , **ce qui implique une approche en proximité et un maillage territorial équilibré et adapté en fonction du niveau des équipements et des objectifs quantifiés notifiés par le niveau national.**

Dans le domaine des addictions, considérant les orientations du schéma régional d'addictologie 2010/2014 arrêté conjointement par le directeur de l'ARH et le préfet de région en mars 2010, les principaux axes relatifs à l'organisation de l'offre en établissements et services concerne les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) dont les objectifs quantifiés sont restitués dans la partie V du présent schéma.

S'agissant des appartements de coordination thérapeutique (ACT) et lits halte soins santé (LHSS) l'objectif prioritaire est de pouvoir améliorer la couverture de l'ensemble du territoire pour répondre aux besoins des patients. La programmation dépend des crédits notifiés annuellement à la région. Sur 2011 :

- 15 places d'ACT font l'objet d'un appel à projet sur les départements des Alpes-de-Haute Provence et Hautes-Alpes dépourvues à ce jour d'un tel dispositif;
- 6 places d'ACT dédiés aux personnes sortant de prison seront autorisées sur les Bouches-du-Rhône.

4 Synthèse des objectifs quantifies par territoire 2012/2016

Le SROMS prévoit les évolutions qualitatives et quantitatives de l'offre médico-sociale personnes âgées.

Les évolutions quantitatives de l'offre sont alors prévues :

- dans une orientation régionale du SROMS,
- dans le PRIAC (en volume financier). Le PRIAC au sein du Projet Régional de Santé constitue le plan d'action du SROMS et son budget d'exécution. Il dresse pour la part des prestations financées sur décision tarifaire le concernant les priorités de financement des créations, des extensions ou transformations d'ESMS au niveau régional. Il est entièrement encadré financièrement et il évolue en fonction des notifications budgétaires pluriannuelles.
- dans les programmes territoriaux support de l'animation territoriale qui sera menée par les délégations territoriales de l'ARS (en volume de places).

4.1 Personnes âgées

4.1.1 Orientation régionale du SROMS

Les objectifs quantifiés relatifs aux personnes âgées s'inscrivent dans l'orientation « organiser territorialement l'offre médico-sociale personnes âgées » - p16 dont l'objectif est de rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie en proposant des axes d'organisation territoriale en complémentarité avec les autres acteurs de la santé et de la préservation de l'autonomie, et notamment les Conseils Généraux et les Communes

Cette organisation s'inscrira dans des scénarii de recomposition de l'offre par territoire et s'accompagnera en fonction du niveau d'équipement et des besoins, de création de places en accueil de jour, hébergement temporaire ou de services.

L'ensemble des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (formation des aidants, Equipes spécialisées Alzheimer, plateforme de répit, accueil de jour, dispositif MAIA…etc.) participent également des orientations du SROMS et ont vocation à se développer dans la région pour une couverture optimale des territoires de santé en fonction des enveloppes nationales dédiées à ces actions. Parmi ces mesures figurent les accueils de jour, les hébergement temporaires, les unités d'hébergement renforcées, les pôles d'activités et de soins adaptés, les équipes spécialisées Alzheimer, Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Le suivi de ces évolutions quantitatives fait l'objet d'une fiche action intitulée «suivi de la mise en œuvre des actions d'organisation territoriale de l'offre ».

4.1.2 Déclinaison quantifiée dans les programmes territoriaux

4.1.2.1 Méthodologie

Les quantifications présentées de manière synthétiques dans les tableaux afférents ont été construites sur la base des données détaillées ci-dessous.

- *Cadrage financier quinquennal*

Le cadrage financier projeté sur 5 ans s'appuie sur le montant de l'enveloppe anticipée 2010 soit 7 554 062 € par an hors plan Alzheimer.

En l'état des instructions ministérielles et enveloppes nationales dédiées à ces mesures, il est prévu en programmation 2011:

- trois dispositifs MAIA,
- 266 actions de formations des aidants,
- 8 plates formes de répit (+ 8 en 2012).

Le déploiement se poursuivra de 2012 à 2016 dans un objectif de répartition territoriale équitable sur la base des moyens alloués par le national.

La quantification des places nouvelles d'EHPAD n'a pas été réalisée, la médicalisation des EHPAD existants ayant été considéré comme un axe prioritaire dans le cadre des enveloppes allouées à la région de manière pluriannuelle. Toutefois, la situation des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes fera l'objet d'une évaluation à mi parcours de la mise en œuvre du schéma. Cette évaluation portera notamment sur l'accessibilité des établissements actuellement en fonctionnement et sur leur fonctionnement en terme de service rendu. L'accessibilité financière de ces structures sera un point central d'appréciation eu égard au faible niveau de ressources des personnes âgées de la région et des situations de plus grande précarité nécessitant un accompagnement social coordonné (personnes âgées sans domicile fixe, migrants âgés, personnes sortant de prison…). Durant cette phase de montée en charge des EHPAD et d'observations et analyse tant du point du vue qualitatif qu'en termes d'efficience, l'évaluation des besoins éventuels complémentaires d'offre en EHPAD sera réalisée conjointement avec les Conseils Généraux et pourra donner lieu à une révision du schéma.
Les places d'EHPAD inscrites dans les objectifs quantifiés correspondent à celles d'ores et déjà positionnées dans le PRIAC 2010-2013.

4.1.2.2 Objectifs quantifiés

Les objectifs quantifiés sont déclinés territorialement en région en fonction des données de contraintes budgétaires connues à ce jour mais ne préjugent pas d'éventuelles évolutions des équipements au regard : de l'évolution de la connaissance des besoins, de l'ONDAM et des moyens financiers délégués annuellement à la région.

La mise en œuvre du schéma sera réalisée à travers la mise en œuvre de programmes territoriaux recensant l'ensemble des objectifs qualitatifs et quantitatifs qui portent sur le territoire d'animation territoriale de chaque délégation. Concernant les objectifs quantifiés du SROMS personnes âgées, les programmes territoriaux intégreront les éléments chiffrés suivants :

	EHPAD	SSIAD	AJ	HT	UHR (12 places)	PASA (12 places)	Equipes Alzheimer (10 places)
Alpes de Hte Provence	2	10	20	20	1	7	2
Hautes Alpes	64		26	14	1	4	1
Alpes Maritimes	309	153	143	111	3	62	15
Bouches du Rhône	504	926	280	241	5	80	17
VAR		927	206	184	3	51	11
VAUCLUSE	14	78	71	67	1	19	7
TOTAL	**893**	**2094**	**746**	**637**	**14**	**223**	**53**

4.2 Personnes en situation de handicap

4.2.1 Orientation régionale du SROMS

Les objectifs quantifiés relatifs aux personnes en situation de handicap s'inscrivent dans principalement dans l'orientation « restructurer et diversifier l'offre de proximité» - p 30 à 32 dont l'objectif est de contribuer à construire un parcours individualisé et un accompagnement coordonné. Pour ce faire, les partenariats devront être renforcés avec les structures les plus spécialisées, où exercent les professionnels les mieux formés pour des prises en charge très spécifiques.

Les priorités de développement de l'offre institutionnelle, identifiées en proximité, à partir des besoins repérés par les maisons départementales des personnes handicapés, concernent alors:

- les enfants et adolescents touchés par l'autisme et les troubles envahissants du développement,
- les enfants et adolescents polyhandicapés,
- les enfants et adolescents souffrant de troubles du caractère et du comportement,
- la réponse aux besoins de répit, de transition,
- le soutien à l'insertion sociale et professionnelle des adultes.

Ces priorités se formalisent en six actions qui seront ciblées dans les zones où l'on constate sur la durée du schéma un sous-équipement important au regard des évolutions démographiques attendues et se traduira dans une fiche action « synthèse développement équipement ».

4.2.2 Déclinaison quantifiée dans les programmes territoriaux

4.2.2.1 Méthodologie

Les quantifications présentées de manière synthétiques dans les tableaux afférents ont été construites sur la base des données détaillées ci-dessous.

- *Cadrage financier quinquennal*

Conformément aux instructions de la CNSA et compte tenu du débasage intervenu en décembre 2009, le cadrage financier correspond à la moyenne projetée sur 5 ans des enveloppes anticipées reçues en 2010 pour les années 2011, 2012 et 2013. Le cadrage financier dans lequel doivent s'inscrire la création de places nouvelles d'ESMS pour personnes handicapées s'établit alors à :

- 6,6 M€ par an,
- Soit un total de 33,4 M€ sur la durée du schéma.

- *Détermination territorialisée de l'implantation des places nouvelles*

Le zonage retenu pour la mise en œuvre du schéma sur le volet handicap correspond à deux niveaux :

- la région (ex. : handicaps rares)
- le département (ex. : déploiement des ITEP)

- *Qualification des priorités de développement*

Les équipements à développer en priorité ont ainsi été déterminés :

Pour les adultes :

- SAMSAH et SSIAD ;
- MAS, FAM et AT

Concernant l'enfance, la priorité a été donnée aux équipements structurants sur la période (autisme, SESSAD, acceuil temporaire et dans une moindre mesure ITEP), conformément aux orientations régionales et nationales.

Globalement, le rapport entre le nombre de places enfants et adultes se situe aux alentours de 40/60%.

Pour les adultes, le rapport entre le nombre de places de MAS et de FAM approche les 45/65%.

Enfin, les estimations ont également été calculée en fonction d'un nombre plancher de places à créer correspondant :

- pour les établissements à la notion de section ou groupe homogène (de 6 places pour les polyhandicapés à 10 places pour les déficients intellectuels) ;
- pour les services et les accueils temporaires enfants à un nombre minimal de 5 places, hormis pour le dévelopement de l'accueil temporaire en établissement pour adultes (voir éléments de langage infra).

- *Engagements antérieurs à la rédaction du SROMS*

Les créations d'ores et déjà couvertes par des enveloppes anticpées du PRIAC 2010-2013 sont intégrées.Elles recouvrent des projets autorisés et des appels à projets lancés ou à mettre en œuvre dans les deux années à venir.

- *Tranformation du sanitaire vers le médico-social*

Sont pris en compte les projets connus de reconversion de lits sanitaires (psychiatrie, MECSs et pouponnière) en places médico-sociales dans quatre départements. Cette programmation ne préjuge pas d'autres projets qui pourront être réalisés après transfert d'enveloppes du sanitaire vers le médico-social dans le cadre de la fongibilité asymétrique.

4.2.2.2 Objectifs quantifiés

Les objectifs quantifiés sont déclinés territorialement en région en fonction des données de contraintes budgétaires connues à ce jour mais ne préjugent pas d'éventuelles évolutions des équipements au regard : de l'évolution de la connaissance des besoins, de l'ONDAM et des moyens financiers délégués annuellement à la région.

La mise en œuvre du schéma sera réalisée à travers la mise en œuvre de programmes territoriaux recensant l'ensemble des objectifs qualitatifs et quantitatifs qui portent sur le territoire d'animation territoriale de chaque délégation.

Concernant les objectifs quantifiés du SROMS personnes en situation de handicap, les programmes territoriaux intégreront les éléments chiffrés suivants

SECTEUR ENFANT	*IME autisme*	*section autisme IME*	*EEAP*	*section poly IME*	*ITEP*	*IME*	*AT*	*SESSAD plurivalents*	*CAMSP*
PACA									100 000 €
Alpes de Haute Provence								10	
Hautes Alpes									
Alpes Maritimes		8			15		10	30	
Bouches du Rhône	42	24			30	10	10	70	
Var	18	16	15	6	20		10	30	400 000 €
Vaucluse	15	8		6		10		20	100 000 €
TOTAL	**75**	**56**	**15**	**12**	**65**	**20**	**30**	**160**	**600 000 €**

SECTEUR ADULTES	*MAS*	*transformation sanitaire ou PÂ*	*FAM*	*SAMSAH*	*SSIAD*	*AT*	*ESAT*
Alpes de Haute Provence		22	4				
Hautes Alpes	14	25					
Alpes Maritimes	30	20	76	40	10	8	50
Bouches du Rhône	64	50	66	30	57	20	50
Var	20	24	35	40	7	5	120
Vaucluse			7	45	40	4	30
TOTAL	**128**	**141**	**188**	**155**	**114**	**37**	**250**

4.3 Personnes confrontées a des difficultés spécifiques

Les objectifs d'organisation de l'offre médico-sociale relatifs aux équipements en CSAPA et CAARUD s'inscrit dans l'orientation « offrir une couverture territoriale équilibrée » sur la base de l'actualisation du schéma régional d'addictologie.

HAUTES ALPES

Organiser depuis les CSAPA existants la réduction des risques dans le territoire des Hautes Alpes avec un appui associatif.

Un projet pour mettre en place un récupérateur de seringues est à l'étude à la Ville de Gap. En fonction des besoins et de l'activité, une possible évolution vers un CAARUD pourrait être envisagée.

ALPES MARITIMES

Implantation d'un CSAPA généraliste sur Menton adossé au CH La Palmosa. Pour l'arrière pays niçois et mentonnais, il conviendra de finaliser l'étude des besoins afin de mettre en place des antennes pour mailler le territoire.

Pour desservir l'ensemble du territoire, maintien de la spécificité en alcoologie du futur CSAPA géré par l'ANPAA 06.

Implantation de 2 CAARUD, un à Nice et un dans l'Ouest du département.
Organisation d'un dispositif de réduction des risques à mettre en place dans l'arrière pays niçois et mentonnais jusqu'à la frontière italienne.

Déployer les missions du CAARUD sur Cannes-Grasse et Antibes.

BOUCHES DU RHONE

Implantation d'un CSAPA généraliste sur Salon
Implantation d'un CSAPA généraliste à Martigues avec couverture de la zone de Fos sur Mer
Implantation d'un CSAPA généraliste associatif à Arles avec maintien de l'hébergement.

Implantation d'un CAARUD couvrant Aix et Salon
Organisation de la réduction des risques sur Martigues et la Ciotat
Développer l'offre de RDR en particulier sur la zone désertique de Tarascon, Port Saint Louis du Rhône, Saintes Marie de la Mer Salins de Giraud, Fos sur Mer.

VAR

Implantation de deux CSAPA généralistes hospitaliers :

- un sur le territoire de la Dracénie, situé en centre ville de Draguignan
- un sur le territoire de proximité de Fréjus/St-Raphaël dans le centre ville de Fréjus.

Implantation d'un CAARUD associatif renforcé à Fréjus
Création possible d'un CARUUD sur le territoire de Draguignan, ou tout au moins d'un programme d'échange de seringues avec un appui associatif
Redistribution des CAARUD sur Toulon, Hyères et brignoles

VAUCLUSE

Implantation d'un CSAPA généraliste associatif pour le Nord Vaucluse

Développer l'offre de réduction des risques sur l'ensemble du département (hors Avignon).

ANNEXE 1 : BILAN DE L'OFFRE PERSONNES AGEES

Population des 75 ans &+ et indice de vieillissement[2]

	Projection 2011		Projection 2016		Evolution 2011-2016	
	PA 75 ans & +	Indice de vieillissement	PA 75 ans & +	Indice de vieillissement	PA 75 ans & +	Indice de vieillissement
Alpes de Haute Provence	17 784	122	19 621	126	10.3%	3.56%
Hautes Alpes	14 176	110	15 506	116	9.4%	5.18%
Alpes-Maritimes	126 760	122	130 054	119	2.6%	-1.90%
Bouches-du-Rhône	180 418	84	197 006	99	9.2%	4.89%
Var	116 570	129	129 479	136	11.1%	5.12%
Vaucluse	51 778	98	56 492	102	9.1%	4.76%
PACA	507 486	108	548 158	112	8.0%	3.36%

La population âgée de 75 ans augmente peu dans le département des Alpes Maritimes : cette population va même baisser sur le territoire de Menton (-1.1%) et l'indice de vieillissement de ce département baisse. Cet indice augmente de façon notable dans les départements des Bouches du Rhône et du Var : certains territoires de ces deux départements verront leur population âgée de 75 ans et plus augmenter très fortement : Martigues (+20%), Aix en Provence (+14.4%) pour les Bouches du Rhône, Fréjus-St Raphaël (+18%), Brignoles (+14.2%) pour le Var.

Bénéficiaires de l'APA au 30 septembre 2010[3]

L'allocation personnalisée d'autonomie est accordée par décision du président du conseil général. Les articles L.14-10-6 et R.14-10-38 du CASF précisent les modalités de calcul du montant du concours de la CNSA aux départements pour couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le mécanisme de répartition du fonds entre les départements repose sur la prise en compte de quatre variables : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (variable entrant pour 50% dans le calcul de la dotation du département), la dépense constatée d'APA (20%), le potentiel fiscal (25%) et le nombre de bénéficiaires du RMI (5%).

	APA au 30 sept.2010	Projection 2011 [4] PA 60 ans et +	Nbre de bénéficiaires APA pour 100 PA 60 ans et +
Alpes de Haute Provence	2879	45 468	6.3
Hautes Alpes	Non disponible		
Alpes-Maritimes	23 964	298 805	8.0
Bouches-du-Rhône	33 576	455 429	7.4
Var	30 425	293 188	10.4
Vaucluse	9 968	133 483	7.5
PACA (hors 05)	100 812	1 226 374	8.2

	Potentiel fiscal 2009 par habitant[5]	Bénéficiaires du RMI au 31/12/2007[6]
Alpes de Haute Provence	Entre 400 € et 500 €	1 791
Hautes Alpes	Entre 300 € et 400 €	1 179
Alpes-Maritimes	Plus de 600 €	14 853
Bouches-du-Rhône	Entre 400€ et 500 €	57 029
Var	Entre 500 € et 600 €	18 284
Vaucluse	Entre 400€ et 500 €	10 338

[2] Nombre de PA de 60 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans
[3] Source http://www.sante.gouv.fr/l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa.html
[4] Projection 2010 non disponible
[5] Alternatives économiques n°284 octobre 2009
[6] Diagnostics territoriaux ARS

Situation des équipements

Hébergement des personnes âgées (maisons de retraite, foyers logements et unités de soins de longue durée) SSIAD et infirmiers libéraux par département
Données janvier 2011

	MR+LF+ USLD			SSIAD			Inf. libéraux	
	Nbre d'étb	***Cap. Autor.***	***Taux 1000 PA.***	***Nbre de serv.***	***Cap. Autor***	***Taux 1000 PA***	***Nbre***	***Taux Pop.gén***
Alpes de Haute Provence	40	2 468	139	12	458	26	352	227
Hautes Alpes	31	1 660	117	10	468	33	266	203
Alpes-Maritimes	211	14 092	111	41	2 483	20	2 182	203
Bouches-du-Rhône	261	19 723	109	64	3 117	17	5 257	271
Var	193	12 264	105	28	1 786	15	2 493	253
Vaucluse	84	5 944	115	15	987	19	955	179
PACA	**820**	**56 151**	**111**	**170**	**9 299**	**18**	**11 505**	**239**
France Métropolitaine	10 881	795 434	136	2 035	105 963	19	89 653	146

Sources : FINESS janvier 2011 et projection population 2011
Taux d'équipement nombre de places pour 1000 personnes âgées de + 75ans
Taux infirmiers pour 100.000 habitants ADELI redressé au 1 janvier 2010

Tous types d'établissements confondus (maisons de retraite, logements-foyers et unités de soins de longue durée), la région PACA compte 820 établissements et 56 151 lits, le taux d'équipement 111 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus est inférieur au niveau national.
Cependant l'offre médico-sociale doit être appréciée dans le cadre de la filière gériatrique en tenant compte l'offre ambulatoire et hospitalière

- la densité en infirmiers libéraux est 63% au dessus de la moyenne nationale en région et + 85% pour les Bouches du Rhône.
- avec 11 016 lits et places, la région PACA dispose d'un taux d'équipement en soins de suite de 2.27 lits et places pour 1000 habitants contre 1.61 pour la France métropolitaine).

Cette approche transversale doit dépasser les analyses sectorielles basées sur des notions de « rattrapage du taux national ».
Sauf situation particulière locale, les capacités d'hébergement sont globalement satisfaisantes, il convient cependant de renforcer les moyens des établissements pour une meilleure réponse aux besoins en soins et en accompagnement des personnes hébergées.
Il faut par ailleurs tenir compte d'une éventuelle réduction des durées moyennes de séjours qui augmentera mécaniquement les capacités disponibles. Entre 2003 et 2007, celle-ci est restée stable à 2 ans et 5 mois. Il faut cependant relever que, en 2007, dans les maisons de retraite, la durée médiane de séjours des personnes sorties en 2007 est de 10 mois, elle était de 11 mois en 2003[7].

Accueil de jour et hébergement temporaire

Données au janvier 2011

	Accueil de jour			Hébergement temporaire		
	Nbre d'étb	***Cap. Autor.***	***Taux 1000 PA.***	***Nbre D'étb***	***Cap. Autor.***	***Taux 1000 PA.***
Alpes de Haute Provence	6	42	2.6	5	32	2.0
Hautes Alpes	5	31	2.4	5	27	2.1
Alpes-Maritimes	42	362	3.0	28	232	1.9
Bouches-du-Rhône	64	413	2.5	35	236	1.4
Var	41	232	2.2	21	80	0.8
Vaucluse	19	151	3.2	17	73	1.6
PACA	**177**	**1 231**	**2.6**	**111**	**680**	**1.5**
France Métropolitaine	2 360	13 801	2.7	2 764	11 773	2.3

Sources : FINESS janvier 2011 et projection population 2011

[7] ce qui veut dire que la moitié des résidents a été hébergée pour une durée inférieure.

Taux d'équipement nombre de places pour 1000 personnes âgées de + 75ans

On peut constater que le taux d'équipement de la région en accueil de jour est sensiblement égal au taux national. Pour ce qui concerne l'hébergement temporaire, il est notablement inférieur mais toutes les places sur lesquelles l'hébergement temporaire peut être pratiqué ne sont pas formellement identifiées dans le répertoire FINESS.

Unités d'hébergement renforcé (UHR), Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)
Equipes spécialisées Alzheimer (ESA)

Ces dispositifs spécialisés pour la prise en charge médico-sociale de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées sont en cours de développement selon les objectifs suivants sur la période 2010-2012 :

	PASA (places)	UHR med.soc. (unités)	UHR USLD (unités)	Equipes Spé. Alzheimer
Alpes de Haute Provence	**80**	**1**		**2**
Hautes Alpes	**45**	**1**		**1**
Alpes-Maritimes	**755**	**3**	**2**	**14**
Bouches-du-Rhône	**950**	**5**	**4**	**20**
Var	**610**	**2**	**3**	**13**
Vaucluse	**218**	**1**	**2**	**5**
PACA	**2658**	**13**	**11**	**55**

ANNEXE 2 : BILAN DE L'OFFRE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Démographie PH

La région PACA est marquée par un essor démographique depuis 2000. Son impact est important sur le maintien d'un niveau élevé des besoins d'accompagnement des enfants handicapés. Par ailleurs, le vieillissement des adultes handicapés vivant en institution et à domicile s'accentue avec pour conséquence un besoin accru de médicalisation

Au-delà de ces constats globaux, il convient de souligner les insuffisances du dispositif de connaissance des besoins de la population handicapée, en raison :

- des lacunes du système d'information des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)
- de l'évolution de la notion de handicap, qui ouvre le champ à des situations nécessitant des réponses de plus en plus individualisées.

Pour pallier ces insuffisances, il convient de renforcer le partenariat avec les conseils généraux, compétents en matière de planification et les centres de ressources (CREAI, CRA).

Situation des équipements

Les taux d'équipement en établissements et services pour personnes handicapées (secteurs enfants et adultes confondus) sont inférieurs aux taux nationaux et leur répartition géographique n'est pas satisfaisante.

ENFANCE HANDICAPEE

o **Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés par territoire opérationnels de référence, données au 12 janvier 2011**

	CAMSP	CMPP	Etablissements		SESSAD	
	Nombre	*Nombre*	*Capacité autorisée.*	*Taux d'équip*	*Capacité autorisée.*	*Taux d'équip.*
Alpes de Haute Provence	2		163	4.36	113	3.02
Hautes Alpes	1		196	6.15	115	3.61
Alpes-Maritimes Est	3		908	5.89	451	2.93
Alpes-Maritimes Ouest	3		423	4.62	208	2.27
Bouches-du-Rhône Nord	2		694	5.56	305	2.44
Bouches-du-Rhône Sud	8		1 801	6.64	612	2.26
Bouches du Rhône Ouest	2		269	3.06	168	1.91
Var Est	2		347	4.90	248	3.51
Var Ouest	2		803	5.13	286	1.83
Vaucluse	3		542	3.97	385	2.82
PACA	**28**		**6 146**	**5.28**	**2 891**	**2.49**
France Métropolitaine			**104 411**	**6.79**	**42 929**	**2.79**

Sources : FINESS 2011
INSEE ,projection 2011
(*) Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

Le taux d'équipement de la région en établissement est très inférieur à la moyenne nationale et représente un « déficit » d'environ 1 700 places au regard de cette moyenne. Sur les Alpes Maritimes Est et les Bouches du Rhône Sud, le taux d'équipement apparemment supérieur à la moyenne régionale est du à l'implantation sur ces territoires d'établissements pour déficients sensoriels qui ont une vocation régionale.

- **ADULTES HANDICAPES**

o Maisons d'accueil spécialisé et foyer d'accueil médicalisé au 12 janvier 2011

	Maisons d'accueil spécialisé				Foyers d'accueil médicalise			
	.Cap autor.	*Dont AJ*	*Dont AT*	*Taux équip*	*.Cap autor.*	*Dont AJ*	*Dont AT*	*Taux équip*
Alpes de Haute Provence	75	6	3	0.95	35	4	1	0.44
Hautes Alpes	91	2	7	1.30	104	5	0	1.49
Alpes-Maritimes Est	272	37	10	0.78	265	30	7	0.76
Alpes-Maritimes Ouest	90	21	0	0.43	103	4	5	0.50
Bouches-du-Rhône Nord	165	8	2	0.58	233	21	1	0.82
Bouches-du-Rhône Sud	395	22	9	0.69	253	9	14	0.44
Bouches du Rhône Ouest	110	0	0	0.56	79	3	0	0.40
Var Est	49	3	2	0.31	120	7	7	0.76
Var Ouest	351	3	3	1.00	287	39	7	0.82
Vaucluse	224	24	2	0.79	194	18	10	0.69
PACA	**1 822**	**126**	**38**	**0.71**	**1 673**	**140**	**52**	**0.66**
France Métropolitaine	**26 430**	**1 760**	**844**	**0.80**	**23 073**	**1 439**	**735**	**0.70**

Sources : FINESS 2011
INSEE ,projection 2011
(*) Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

L'offre à destination des adultes handicapés est caractérisée par une forte croissance depuis 8 ans des places d'hébergement médicalisé (MAS et FAM) ayant permis de réduire de manière significative le nombre d'adultes maintenus en établissements pour enfants après 20 ans (amendement Creton).

Toutefois, l'équipement n'est pas réparti de manière équitable et les besoins de création de places restent soutenus, en particulier pour les personnes souffrant de handicap psychique (enquête séjours longs en psychiatrie) et de polyhandicap.

o Services de soins à domicile et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés au 12 janvier 2011

	Service de Soins Infirmier à Domicile (S.S.I.A.D.)	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (S.A.M.S.A.H.)		
	Cap. Autor.	*Nb étab.*	*Cap. Autor.*	*Taux équip.*
Alpes de Haute Provence	13		50	0.63
Hautes Alpes	13		26	0.37
Alpes-Maritimes Est	40		65	0.19
Alpes-Maritimes Ouest	60		23	0.11
Bouches-du-Rhône Nord	30		167	0.59
Bouches-du-Rhône Sud	116		147	0.26
Bouches du Rhône Ouest	28		0	0
Var Est	32		23	0.15
Var Ouest	87		70	0.20
Vaucluse	19		30	0.11
PACA	**438**		**601**	**0.24**
France Métropolitaine	**5 380**		**6 377**	**0.19**

Sources : FINESS 2011
INSEE ,projection 2011
(*) Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

L'offre de SSIAD et SAMSAH de la région s'avère égale ou supérieure à la moyenne nationale. La répartition par territoire doit être corrigée dans l'avenir notamment sur Bouches du Rhône Ouest et le Vaucluse.

o Etablissements et services d'aide par le travail au 12 janvier 2011

	Etablissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.)	
	Nb étab. Capacité autorisée	*Taux équip.*
Alpes de Haute Provence	275	3.47
Hautes Alpes	270	3.86
Alpes-Maritimes Est	1 093	3.14
Alpes-Maritimes Ouest	472	2.28
Bouches-du-Rhône Nord	934	3.29
Bouches-du-Rhône Sud	1 748	3.04
Bouches du Rhône Ouest	300	1.53
Var Est	276	1.74
Var Ouest	1 031	2.94
Vaucluse	881	3.11
PACA	**7 280**	**2.85**
France Métropolitaine	**114 101**	**3.45**

Sources : FINESS 2011
INSEE ,projection 2011
(*) Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

Pour les établissements et services d'aide par le travail, l'évolution de l'offre en volume est beaucoup plus faible du fait notamment de la difficulté de positionner l'établissement sur une activité économique, de concilier le vieillissement des travailleurs handicapés avec les nécessités de la production sans compromettre l'insertion en milieu ordinaire des personnes qui en relèvent.

- **Les centres de pré-orientation et de rééducation professionnelle et les unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)**

	Centre de pré orientation			Centres De rééducation professionnelle			Total CRP-CPO		***Taux équip.*** *Nbre places pour 1000 hab.*
	Nb étab.	***Cap. Autor.***	**dt UEROS**	***Nb étab.***	***Cap. Autor.***	**dt UEROS**	***Nb étab.***	***Cap. Autor.***	
Alpes de Haute Provence	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Hautes Alpes	1	40	10	1	90	0	2	120	1.9
Alpes-Maritimes	2	40	16	1	115	0	3	155	0,3
Bouches-du-Rhône	1	40	10	6	404	0	7	444	0,4
Var	0	0	0	1	45	0	1	45	0,1
Vaucluse	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
PACA	**4**	**120**	**36**	**9**	**664**	**0**	**13**	**784**	**0,3**
France Métropolitaine				225	5 544	0,2	127	9 175	0,3

Sources : *FINESS 2011*
INSEE ,projection 2011
(*) Taux d'équipement = Nombre de places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

- **Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)**

Les GEM constituent une modalité de compensation du handicap pour les personnes présentant des troubles psychiques. Ils ne sont pas soumis à la procédure d'appel à projets et reçoivent une subvention annuelle imputée sur le budget de l'ARS dotée à cette fin par la CNSA. La région dispose de 20 GEM ainsi répartis :

	Nombre	*Implantations*
Alpes de Haute Provence	*2*	*Digne et Manosque*
Hautes Alpes	*1*	*Gap*
Alpes-Maritimes Est	*2*	*Nice*
Alpes-Maritimes Ouest	*2*	*Cannes et Grasse*
Bouches-du-Rhône Nord	*2*	*Aix en Provence*
Bouches-du-Rhône Sud	*5*	*Marseille*
Bouches du Rhône Ouest	*1*	*Arles*
Var Est	*1*	*Draguignan*
Var Ouest	*3*	*Toulon et la Seyne sur Mer*
Vaucluse	*1*	*Avignon*

ANNEXE 3 : PERSONNES EN DIFFICULTES SPECIFIQUES

1. Données épidémiologiques relatives aux addictions

La consommation de produits psychoactifs constitue, en France, un problème de santé publique majeur, avec de nombreux impacts sanitaires, médicaux et sociaux. Elle est souvent à l'origine de handicaps, d'isolement, de violence et de précarité. Les conduites addictives, notamment les consommations de tabac,
les abus d'alcool et dans une moindre mesure, la prise de substances illicites (opiacés, cocaïne, ecstasy…), interviennent dans 30 % de la mortalité précoce (avant 65 ans). Elles sont responsables en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies dont près de 40 000 par cancers1 et la proportion de jeunes (un tiers des adolescents de 17-18 ans) consommant de l'alcool et/ou du cannabis est préoccupante.

Les principales données issues de CIRDD PACA rendent compte pour la région PACA des caractéristiques suivantes :

- l'usage quotidien d'alcool consommé au moins occasionnellement concerne une personne sur 6,
- le tabac touche près d'un tiers de la population régionale de façon indifférencié suivant le sexe,
- les consommations d'alcool touchent pratiquement deux fois plus les hommes que les femmes (31% contre 16% en PACA),
- un jeune sur six présente des niveaux d'usage excessif de tabac, alcool et/ou de cannabis
- le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé avec 36% d'expérimentateurs chez les 15-64 ans dans la région, la situation à un niveau supérieur à la moyenne nationale (30,6%)
- de même, l'expérimentation de la cocaïne et de l'ecstasy sont deux fois plus importantes dans la région qu'ailleurs mais reste un phénomène rare chez les adolescents (5%)

Pour ce qui relève de la morbidité, mortalité liées à la consommation de produits psycho-actifs, la région PACA se situe à des niveaux inférieurs à ceux nationaux. Ainsi, en 25 ans, le nombre annuel de décès liés à l'alcoolisation chronique a chuté de 27.5% dans la région. Concernant les proportions d'accidents de la route, corporels et mortels, avec l'alcool, là encore la région présente des niveaux inférieurs avec respectivement 7,1% et 24,5% contre 9,8% et 28,1% au niveau national. Le nombre de décès par surdose a également fortement diminué, moins d'une dizaine chaque année.

La région PACA enregistre toutefois plus d'interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants et le cannabis (88,4% contre 85% au niveau national) ou encore pour conduite en état alcoolique que la moyenne métropolitaine.

2. L'équipement médico-social existant

2.1. Les structures d'addictologie

2.1.1. Les CSAPA

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ont été
créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
Les CSAPA sont définis par les articles D.3411-1 à D.3411-9 du CSP) [8]**.** Ce sont des dispositifs de proximité, pluridisciplinaires et ambulatoires pouvant comporter de l'hébergement. Ils s'inscrivent à la fois dans le temps bref des interventions précoces mais aussi dans la durée qui est nécessaire aux soins et à l'accompagnement.

[8] L'arrêté du 2 avril 2010 fixe les rapports d'activité type des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2010/5 du 15 juin 2010, Page 100.

Tous les CSAPA assurent l'accueil, l'information, l'évaluation et éventuellement l'orientation des personnes. Ils ont la possibilité de se spécialiser pour la prise en charge médicale, psychosociale et éducative soit sur l'alcool, soit sur les drogues illicites et le mésusage de médicaments.
Le CSAPA assure une mission de réduction des risques (cf § x) concernant les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool. Ces risques sont liés aux produits eux-mêmes, aux modes d'usage, aux circonstances de consommations.
La circulaire MILDT du 23/02/09 prévoit par ailleurs que le projet médical des CSAPA prenne en compte des populations prioritaires: jeunes, sortants de prison, femmes avec enfants

Les CSAPA remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun.

La région PACA comptabilise, au 31 décembre 2010, 33 CSAPA répartis de la manière suivante:

	Alpes maritimes	Bouches du Rhône	Hautes Alpes	Var	Vaucluse	Alpes de Haute Provence
Nombre de CSAPA dont :	8	15	2	5	2	1
CSAPA généralistes	7	15	2	5		1
CSAPA « spécialisé alcool »	1				1	
CSAPA « spécialisé drogues illicites »					1	

Trois départements disposent de CSAPA avec hébergement, le 06, 13 et 84.

Par ailleurs, certains CSAPA interviennent en milieu pénitentiaire :

	Alpes maritimes	Bouches du Rhône	Hautes Alpes	Var	Vaucluse	Alpes de Haute Provence
Nombre de CSAPA	2	4	1	5	2	1

2.1.2.Les CAARUD

Les CAARRUD sont définis par les articles L.3121-5 et R.3121-33-1 à R.3121-33-3 du CSP. Ils sont les porteurs de la politique de réduction des risques. Leur objectif est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (alcool, médicaments…) et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs et à favoriser l'amorce d'une démarche de soin.
Les CAARUD s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc.
Ce sont des structures dites à bas seuil d'exigences, qui accueillent des usagers les plus précarisés. Elles conduisent des actions pour aller à la rencontre de ces publics dans des lieux très variés : rues, squats, milieux festifs…

Les CAARUD ont pour mission :
- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

Ils participent également au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

La région PACA comptabilise 14 CAARUD, au 1er mai 2011 :

	Alpes maritimes	Bouches du Rhône	Hautes Alpes	Var	Vaucluse	Alpes de Haute Provence
Nombre de CAARUD	2	6	0	3	2	1

2.2. Les ACT

Selon les dispositions des articles D.312-154 et 155 du code de l'action sociale et des familles, les appartements de coordination thérapeutique prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Pour assurer leurs missions, les gestionnaires des appartements de coordination thérapeutique ont recours à une équipe pluridisciplinaire. La circulaire du 30 octobre 2002 précise que pour optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médicale et psychosociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale.

De façon concrète, les ACT accueillent des personnes souffrant de maladies chroniques (notamment le VIH, le VHC et les cancers) qui ne peuvent suivre à leur domicile leur traitement, soit qu'elles n'ont pas de domicile, soit que celui-ci ne dispose pas du confort suffisant pour héberger une personne malade, soit que leur situation psychologique ne leur permettent pas de suivre leur traitement à domicile.

L'état de l'équipement est actuellement le suivant :

Données au 1 janvier 2011

	Nb établ.	***Capacités Autorisées***	**Dt dédiées sortant de prison**
Alpes de Haute Provence	0	0	0
Hautes Alpes	0	0	0
Alpes-Maritimes	3	59	5
Bouches-du-Rhône	4	79	0
Var	3	38	0
Vaucluse	1	15	0
PACA	**11**	**191**	**5**
France Métropolitaine			

2.3. Les lits halte-soins santé

En 1993, ont été installés, à titre expérimental, des « lits infirmiers », chargés d'accueillir des personnes sans domicile dont l'état de santé ne justifie pas ou plus d'hospitalisation, mais nécessite une prise en charge sanitaire et sociale et/ou du repos, ce que le dispositif d'hébergement classique, à fortiori la vie à la rue, ne permettent pas.

Le Comité interministériel de lutte contre les exclusions du 6 juillet 2004 a décidé de « développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe » et indiquait comme l'une des modalités de cette mesure « de donner un statut juridique et financier aux structures halte santé, de définir un cahier des charges de mise en œuvre et de fonctionnement », avec l'objectif de créer 100 lits par an, pendant 5 ans. Cette disposition a été mise en œuvre par la circulaire du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé »

Selon les dispositions de l'article D.312-176-1 du code de l'action sociale et des familles, « les structures dénommées "lits halte soins santé", mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, assurent, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée. Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social. » En l'absence de domicile, les lits halte soins santé permettent à ces personnes de «garder la chambre», de recevoir les soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

	Capacités Autorisées
Alpes de Haute Provence	4
Hautes Alpes	0
Alpes-Maritimes	40
Bouches-du-Rhône	55
Var	9
Vaucluse	7
PACA	**115**
France Métropolitaine	

PROGRAMME REGIONAL

D'ACCES A LA PREVENTION

ET AUX SOINS

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

Préambule

L'état de santé de la population dans notre région est globalement plutôt satisfaisant ; cependant, il existe de forts contrastes d'état de santé entre populations (selon leur statut social) et entre territoires.

La réduction des inégalités de santé est un enjeu majeur et un objectif essentiel du Plan Stratégique Régional de Santé et de ces trois schémas.

C'est aux populations les plus démunies que s'adresse le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, il a pour objectif de favoriser une approche globale et coordonnée des problèmes de santé pour lutter contre ces inégalités de santé. Il vise à favoriser pour ces populations, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Comme pour tout citoyen, le respect des droits et des devoirs sera recherché.

L'enjeu du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, a nécessité, pour son élaboration, une large concertation régionale des intervenants auprès de ces publics (institutions, organismes, associations, professionnels de santé, usagers…). Les groupes de travail se sont réunis pour établir ensemble un état des lieux et, du fait des compétences, des expériences, et des engagements de ses membres, proposer des plans d'action. Je remercie l'ensemble de ces participants pour leurs contributions essentielles.

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 intervenants d'une volonté commune d'agir et de se coordonner.

SOMMAIRE

1. Le programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 6

1.1 Cadre législatif et règlementaire 6

1.2 Antériorité du PRAPS en région PACA 7

1.2.1 Mise en œuvre du PRAPS troisième génération 7

1.2.2 Actions financées dans le cadre du Programme 19 «PRAPS» du GRSP PACA et de l'ARS : 8

1.2.3 L'enquête régionale sur l'organisation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) 8

1.2.4 Évaluation des structures proposant un premier accueil médicalisé aux personnes en grande exclusion 9

1.2.4.1 Points positifs et opportunités 9

1.2.4.2 Difficultés, barrières rencontrés et marges de progrès 9

2. Quel Positionnement pour le PRAPS 2012-2016 ? 10

3. Contexte socio économique 11

3.1 Démographie : une croissance deux fois plus rapide qu'en moyenne nationale 11

3.2 Tissu économique : hausse du chômage 11

3.3 Minima sociaux : un nombre d'allocataires reparti à la hausse 12

3.3.1 Le Revenu de Solidarité Active (RSA) : comparable à l'évolution nationale mais avec des disparités départementales 13

3.3.2 Bénéficiaires de l'ASS 13

3.3.3 Les allocataires du minimum vieillesse en hausse 13

3.4 Les dispositifs d'hébergements et de réinsertion sociale 14

3.5 Regard sur la pauvreté 14

3.5.1 Des territoires socialement très vulnérables 15

3.5.2 Des populations particulièrement vulnérables 16

3.5.2.1 Les personnes sous main de justice 16

3.5.2.2 Les populations immigrées 18

3.5.2.3 Les familles monoparentales 19

3.5.2.4 Les saisonniers 19

3.5.2.5 Les sans domicile fixe 20

3.5.2.6 Les personnes en situation de prostitution 21

3.5.2.7 Les personnes en situation irrégulière 22

4. Inégalités sociales de santé 23

4.1. Les déterminants extrinsèques 23

4.1.1 Habitat et santé 23

4.1.2 Qualité de l'air et santé 23

4.1.2.1 Effets des principaux polluants sur la santé 24

4.1.2.2 Coût sociétal 24

4.2 La mortalité prématurée 24
4.2.1 Des territoires majoritairement très ruraux et situés en montagne 25
4.2.2 Des territoires qui cumulent vulnérabilité sociale et mortalité prématurée supérieures au taux régional. 26

4.3 La surmorbidité 28

5. Éléments relatifs au droit et à l'accès à la santé 30

5.1. Principales données en région PACA 30
5.1.1 La CMU / CMU-C 30
5.1.2 L'AME 31

5.2 Les obstacles au droit et à l'accès à la santé 32
5.2.1 Accessibilité financière (accès théorique) 32
5.2.2 Les difficultés d'ordre administratif 33
5.2.3 Les difficultés tenant au système de soins 35
5.2.3.1. Problèmes d'accès géographique 35
5.2.3.2 Difficultés liées aux attitudes et comportements de certains professionnels 35
5.2.4 Les difficultés tenant aux facteurs intrinsèques des publics 38

5.3 Les dispositifs favorisant l'accès à la santé 38
5.3.1 Une innovation majeure : le SROS ambulatoire 38
5.3.2 Les dispositifs d'accès aux soins 38
5.3.2.1. Les PASS 38
5.3.2.2. Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) 39
5.3.3 Les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité 39
5.3.3.1. Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) 39
5.3.3.2. Les lits halte soins santé (LHSS) 40

6. Objectifs du PRAPS 2011-2016 41

« Améliorer la connaissance » 42
Plan d'action 1 42

« Mettre en place un travail intersectoriel et partenarial » 44
Plan d'action 2 44

« Former et sensibiliser les professionnels » 46
Plan d'action 3 46

« Favoriser l'accessibilité » 48
Plan d'action 4 -1 « Favoriser l'accessibilité à l'information » 48
Plan d'action 4 - 2 « Favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins » 50

« Agir avec et pour les populations démunies » 54
Plan d'action 5 54

7. Pilotage, suivi et évaluation du PRAPS 57

7.1 Pilotage du PRAPS 57

7.2 Suivi du programme 57

7.3 L'évaluation du programme 58

ANNEXES 59

1. Le programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Avec une espérance de vie parmi les plus élevées d'Europe, la France est un des pays du monde dont la population connaît la meilleure santé qui soit. Toutefois, elle demeure un pays où les inégalités de santé sont fortes : de nombreux travaux constatent la persistance de disparités sociales significatives en matière de santé dans notre pays, à un niveau plus important que dans la plupart des autres pays européens. Elles peuvent être analysées à travers des données de mortalité, morbidité et de santé perçue.

Le rapport 2009-2010 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale indique que si les statistiques publiques appréhendent difficilement la grande exclusion (les « publics invisibles »), « les associations perçoivent une tendance à l'aggravation des situations de grande exclusion qui pourrait être accentuée par la crise économique. 1» Le premier baromètre de la cohésion sociale réalisé en septembre dernier à l'initiative de la direction générale de la cohésion sociale met en évidence la perception par nos concitoyens d'une société de plus en plus inégalitaire « les plus favorisés sont de plus en plus favorisés et les défavorisés sont de plus en plus défavorisés » pour 88% des personnes interrogées.

1.1 Cadre législatif et règlementaire

Les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) ont été rendus obligatoires par l'Article 71 de la Loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 28 juillet 1998 qui précise notamment que chaque PRAPS comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. Il précise les conditions dans lesquelles les services de l'État, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en œuvre de ces actions."

Cette fonction a été rappelée par le Plan national de lutte contre la précarité et l'exclusion adopté le 19 mars 2003 qui prévoyait en particulier cinq mesures visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté sociale. Deux de ces mesures visaient le PRAPS, en confirmant la mise en œuvre d'une nouvelle programmation régionale et en l'orientant par ailleurs vers le développement d'une démarche territorialisée plus marquée en s'appuyant sur les ateliers Santé Ville.

Un principe de réduction des inégalités figure dans la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui a fait des PRAPS un des programmes des PRSP.

Les PRAPS ont été confirmés par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La loi HPST instaure une nouvelle architecture de l'organisation régionale du système de santé, elle introduit le projet régional de santé (PRS), dont les différentes composantes définissent les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Le PRAPS est un des programmes obligatoires qui constituent la troisième composante du projet régional de santé ; ce programme vise, aux termes de la loi, les personnes « les plus démunies ».

[1] *Bilan de dix ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise, p. 94*

Le décret du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé (PRS), précise que compte tenu de la thématique propre au PRAPS, ce programme doit être conçu en application du PSRS et des trois schémas (prévention, du soin, de l'accompagnement médico-social). Il ne doit pas être compris comme la déclinaison du seul schéma régional de prévention, puisqu'il s'attache notamment au parcours de soins des personnes démunies.

Un des objectifs de la COG État — CNAMTS signée pour la période 2010-2013, est de garantir l'accès aux droits des assurés et de réduire les inégalités de santé.

Quelques définitions relatives à la pauvreté, à la précarité et à l'exclusion sont rappelées en annexe 1.

1.2 Antériorité du PRAPS en région PACA

Trois générations de PRAPS ont été mises en œuvre en région PACA depuis 2001. Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies 2008-2010 constituait la troisième génération du PRAPS en PACA. Il avait été développé dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique dont il constituait, aux termes de l'Art. L. 1411-11 du Code de Santé Publique, un des programmes.

1.2.1 Mise en œuvre du PRAPS troisième génération

L'année 2008 a vu la mise en œuvre du PRAPS III, en réponse à la circulaire du 07 décembre 2007 visant à poursuivre les PRAPS dans le cadre des PRSP.

Le PRAPS III a été élaboré en s'appuyant très largement sur l'évaluation externe conduite préalablement de fin 2006 à mai 2007. Les acteurs régionaux et départementaux, consultés dans le cadre de cette évaluation, soulignaient la pertinence des objectifs du PRAPS précédent, mais souhaitaient une formulation plus précise et une déclinaison plus locale sur les territoires de proximité à partir des besoins locaux, seule façon selon eux d'associer tous les acteurs concernés et d'évaluer les effets des actions menées. Les Ateliers Santé Ville (ASV) ainsi que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) constituaient à cet égard un point d'appui essentiel à la déclinaison du programme.

Le PRAPS III mettait en relief la problématique des refus de soins, une concentration marquée des publics les plus précaires dans certains territoires de santé. De même, les acquis des programmes précédents rendaient plus impérative la formalisation de réseaux de santé-précarité visant à assurer en particulier la continuité des soins. Les publics les plus démunis étaient très concentrés dans certains territoires de santé.

Un travail d'analyse des inégalités sociales de santé avait été effectué pour préciser les objectifs du PRAPS III, inégalités sociales de santé définies comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. Ceci posait la question du rôle que devait jouer le PRAPS dans le cadre du PRSP. En effet, le cadre offert par le PRSP donnait la possibilité, en finançant des actions à même d'agir sur plusieurs déterminants de santé, de coordonner et de mettre en œuvre, au moins pour certains publics, une politique de réduction des inégalités de santé qui n'était pas accessible aux PRAPS précédents

<u>Les trois objectifs du PRAPS III</u> :

Objectif I : Favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité

Objectif II : Améliorer l'accès à la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques pour les publics en errance ou pris en charge dans les structures d'hébergement et d'accueil d'urgence

Objectif III : Contribuer à la réduction des inégalités de santé :

- en renforçant l'autonomie des familles démunies et en les rendant actrices de leur santé ;
- en développant des programmes de promotion de la santé et des actions d'éducation pour la santé en direction des enfants, des jeunes et des familles dans les quartiers et territoires.

1.2.2 Actions financées dans le cadre du Programme 19 «PRAPS» du GRSP PACA et de l'ARS :

	Années			
Départements	2007	2008	2009	2010
04	80 176 €	64 915 €	69 430 €	100 768 €
05	36 000 €	38 785 €	32 800 €	91 168 €
06	239 250 €	274 184 €	271 701 €	297 965 €
13	439 393 €	534 806 €	516 174 €	411 334 €
83	284 333 €	290 350 €	296 597 €	402 250 €
84	131 768 €	144 200 €	125 940 €	116 300 €
TOTAL	1 210 920 €	1 347 240 €	1 312 642 €	1 419 785 €

C'est l'objectif 6-1 du programme « Assurer une réelle continuité des soins et favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité » qui a fait l'objet du plus grand nombre d'actions, il correspond à l'essence même du PRAPS avec notamment un objectif opérationnel qui concerne spécifiquement l'accompagnement des personnes dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins (visite médicale, prise de rendez-vous ..). Il représente à lui seul 50% des financements en 2009.

1.2.3 L'enquête régionale sur l'organisation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Cette enquête avait été définie dans le cadre des objectifs du PRAPS 2008/2010, elle correspondait à une des recommandations de l'évaluation du PRAPS II. Une enquête auprès des 34 PASS de la région, a été réalisée avec un taux de réponses de 94 %. Cette enquête s'inscrivait également dans les recommandations éditées par la DHOS en mai 2008 : « Organiser une PASS », avec l'objectif réalisé d'organiser une journée régionale des PASS permettant une restitution des résultats/ préconisations, ainsi que la validation d'outils régionaux de recueil annuel de données d'activité.

1.2.4 Évaluation des structures proposant un premier accueil médicalisé aux personnes en grande exclusion

Dix structures ont fait l'objet d'une évaluation sur place (les deux Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde de Nice et de Marseille, les trois antennes de soins médicalisées de la Croix Rouge de Nice, Antibes, Cannes, les trois Promos soins de Draguignan, Toulon, Fréjus-St Raphaël, l'Antenne de premier accueil médicalisée du CCAS de Nice et l'Accueil santé de Manosque..
Les structures ont été choisies pour le rôle essentiel et central qu'elles jouent dans la mise en œuvre de la politique d'accès aux soins et aux droits des personnes démunies sur la région PACA.

Cette évaluation avait notamment pour objectif de mener une analyse comparée du fonctionnement, de l'activité, du coût des différentes structures ainsi que de leur rôle en matière d'intégration dans le droit commun des populations accueillies.

1.2.4.1 Points positifs et opportunités

- Le caractère inconditionnel de l'accueil et la forte réactivité des structures accueillantes ;
- L'éthique et respect de la personne au centre des pratiques de ces structures ;
- La qualification des personnels chargés de l'accueil des usagers ;
- La qualité des informations délivrées, de l'accompagnement aux usagers et de leur suivi ;
- La prise en compte prioritaire de l'objectif d'autonomie du public en matière d'accès aux droits ;
- L'inscription très opérationnelle des structures dans leur environnement local ;
- L'existence de nombreux partenariats impliquant divers acteurs (institutions, associations, réseaux, etc.) ;
- L'acquisition progressive par les partenaires des actions d'une meilleure connaissance des publics les plus marginalisés et des problèmes qu'ils rencontrent, ce qui permet un accueil plus favorable, voire adapté, dans certaines structures peu adaptées au départ, et ce grâce à la capitalisation des bonnes pratiques entre certaines structures ;
- La qualité et l'accessibilité des espaces d'accueil et des moyens matériels dédiés.

1.2.4.2 Difficultés, barrières rencontrés et marges de progrès

- Le manque d'offre d'activité dans le champ de la souffrance psychique et des troubles mentaux ;
- La faible pérennité des équipes dans certains cas (bénévolat notamment) ;
- L'évaluation des activités à développer et à généraliser ;
- Le manque de formalisation des règles de fonctionnement, de l'information apportée aux usagers, des procédures de suivi, etc ;
- L'existence de contraintes et barrières spécifiques (langue, volatilité de la fréquentation des publics, etc.) ;
- Les difficultés voire l'impossibilité de générer des actions collectives ou communautaires ;
- L'absence de projet de service formalisé dans la moitié des structures évaluées ;
- La prévention des risques professionnels à développer et à mieux prendre en compte l'ensemble de ces observations ont permis de formuler un certain nombre de préconisations quant à l'évolution du programme dans son ensemble ainsi que des actions prises une à une ;
- L'intérêt d'une formalisation des procédures ;
- La mutualisation des méthodes et outils ainsi que le partage des bonnes pratiques ;
- L'opportunité d'une campagne régionale de mobilisation ;
- La meilleure exploitation des ressources disponibles (notamment du bénévolat) ;
- Une meilleure évaluation et prévention des risques professionnels ;
- L'amélioration et la normalisation des outils informatisés de recueil et de traitement des données ;
- La nécessité de se doter d'outils d'évaluation appropriés.

2. Quel Positionnement pour le PRAPS 2012-2016 ?

Dans la nouvelle architecture organisée par la loi HPST, le projet régional de santé comprend le plan stratégique régional de santé, les trois schémas sectoriels de prévention, soins, médico-social et quatre programmes obligatoires, dont le PRAPS.

Chaque programme a pour objectif de décliner de manière décloisonnée les modalités d'application des schémas.

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

Cette préoccupation traverse bien l'ensemble des schémas.

La question des 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 : revenu, 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 pour 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 et locales, des associations, des établissements publics, des professionnels de santé…
    - 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, et des territoires.

Dans le cadre global d'une action menée par l'ensemble des schémas visant à réduire les inégalités sociales de santé, l'action du PRAPS se concentrera sur les publics situés au plus bas de l'échelle sociale « les plus démunis ». Ce sont les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les résidants âgés en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales, les migrants, les étrangers en situation irrégulière, les travailleurs pauvres, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les femmes isolées et les familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins, les personnes placées sous main de justice, ainsi que les anciens détenus en démarche de réinsertion,… qui accumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de santé, d'accès aux droits et aux soins .

Les personnes «fragiles » du fait de leur handicap ou de leur âge (mais qui n'ont pas de difficultés financières ou de difficultés d'accès aux parcours de santé) ne constituent pas a priori un public « démuni » au sens du PRAPS.

3. Contexte socio économique

3.1 Démographie : une croissance deux fois plus rapide qu'en moyenne nationale

Données INSEE 2008 [2.]

Au 1er janvier 2008, la population de la région PACA était de 4 882 900 habitants. La région PACA est la 3e région la plus peuplée de France, avec une évolution de 0,9 % par an entre 1999 et 2008.

Dans tous les départements de la région, la croissance annuelle est supérieure à celle de France métropolitaine (+ 0,7 % par an entre 1999 et 2008). C'est dans les Alpes-de-Haute-Provence qu'elle est la plus forte (+ 1,4 %) Les Bouches-du-Rhône, le Vaucluse et les Alpes-Maritimes affichent les taux d'évolution les moins élevés de la région (+ 0,8 % par an). Compte tenu de son poids démographique, les Bouches-du-Rhône accueillent néanmoins un nouvel habitant de Paca sur trois.

C'est une région géographiquement contrastée : elle juxtapose des reliefs alpins à des plaines et des littoraux urbains. Douze villes de plus de 50 000 habitants forment un continuum urbain dense, du littoral méditerranéen à la vallée du Rhône. Ce littoral rassemble 70 % de la population régionale sur une frange côtière de 25 km de large. Plus de 80 % des habitants vivent dans des pôles urbains (60 % au niveau national).

Les villes de Marseille, Toulon et Nice ont joué un rôle de catalyseur et sont devenues au fil des années de véritables métropoles. La population occupe désormais de plus en plus le territoire régional autour de ses métropoles mettant en évidence une périurbanisation de plus en plus marquée.

Parmi les dix unités urbaines les plus importantes en France, trois se situent dans la région : Marseille - Aix-en-Provence (1 430 000 habitants), Nice (950 000 habitants) et Toulon (550 000 habitants).
Alors qu'au niveau national, les populations de l'espace rural et de l'espace urbain progressent parallèlement (+ 0,7 % par an entre 1999 et 2008), Paca se distingue par une croissance record de son espace rural (+ 1,5 % par an). C'est dans le Var que cette évolution est la plus importante, l'espace rural de ce département étant le plus dynamique de France avec une progression de 2,4 % par an.

3.2 Tissu économique : hausse du chômage

Données INSEE 2008.

La région compte un peu plus de 2 millions d'actifs, dont près de 1,9 en emploi. Le taux d'activité des 15-64 ans est faible (- 68,8 %, contre 71,6 % au niveau national), en raison principalement du plus faible taux d'activité féminine. Au cours des prochaines années, la région sera particulièrement touchée par les cessations d'activité liées au vieillissement des générations du baby-boom. D'ici 2020, les départs de fin d'activité concerneront environ 600 000 personnes, soit le tiers des actifs d'aujourd'hui.

Le tissu économique régional est très majoritairement composé d'établissements de moins de 10 salariés (94 % contre 92,6 % au niveau national). Les activités tertiaires, créatrices d'emploi, y sont surreprésentées (plus de 83 % de l'emploi salarié en 2008). L'industrie est bien positionnée : Le taux

[2] Données de l'INSEE site internet : www.insee.fr/fr/regions

de création d'entreprises est supérieur à la moyenne nationale, mais cet écart tend à se réduire. Entre janvier 1999 et janvier 2008, l'emploi a augmenté de 19,4 % dans la région, contre seulement 10,9 % en France, mais le taux de chômage reste cependant durablement plus élevé dans la région. En 2008, la crise économique a cependant fortement impacté l'économie régionale comme l'économie nationale : les créations d'emploi salarié se sont interrompues dès le 2e trimestre et le chômage a brutalement augmenté en fin d'année. La dégradation a été forte dans l'industrie mais aussi dans la construction où l'emploi salarié a reculé après cinq années de hausse.

A fin décembre 2009, le taux de chômage régional s'établit à 11,2% de la population active (9,6 pour la France), contre 9,3% un an plus tôt (7,8 en France), avec une hausse de + 1,8 point en 2009, légèrement inférieure à celle de la France métropolitaine (+1,9).La région Paca demeure l'une des régions les plus touchées par le chômage, même si elle recule au quatrième rang, derrière les régions Nord-Pas-de-Calais, Languedoc Roussillon et Picardie.

Le travail ne protège pas toujours de la pauvreté. En effet, les travailleurs pauvres et leur famille représentent près de la moitié des personnes pauvres de la région. Par ailleurs, un quart des salariés de Provence-Alpes-Côte d'Azur touche un salaire inférieur à 830 euros par mois (seuil de bas salaire) contre un salarié sur cinq en France métropolitaine. Généralement associé à une activité à temps partiel ou à une durée d'emploi réduite sur l'année, le risque d'être à bas salaire s'avère très élevé chez les jeunes et les salariés en contrat à durée déterminée.

3.3 Minima sociaux : un nombre d'allocataires reparti à la hausse

La pauvreté est une caractéristique prégnante de la région PACA, qui partage avec l'Ile de France le fait de concentrer la plus forte proportion de ménages pauvres (ORS PACA), mais au sein d'une région qui reste très inégalitaire.

En Provence-Alpes-Côte d'azur, le taux de personnes vivant dans un foyer à bas revenu atteint 19,1% de la population âgée de moins de 65 ans .En effet, au 31 décembre 2009, 753000 personnes vivaient dans un foyer ayant un revenu disponible par unité de consommation inférieur à 942 euros par mois. (Source DROS)
Dans le même temps, avec un PIB d'un peu moins de 29000 euros par habitant, Paca se retrouve en troisième position des régions les plus riches de France.

La région figure également parmi les régions les plus touchées par la pauvreté des enfants et des jeunes. En décembre 2009, 290 000 enfants de moins de 18 ans sont concernés sur le million d'enfants que compte la région. Le taux de pauvreté infantile[3] en PACA (28,5%) est supérieur au taux métropolitain (22%) (DROS PACA).Les départements des Bouches-du-Rhône et de Vaucluse restent les plus touchés par la pauvreté infantile.

En 2010, la région PACA compte 745 426 allocataires ce qui représente 1 846 781 personnes couvertes. Pour 190 627 allocataires, le revenu est constitué à plus de 50% de prestations sociales et 119 066 ont un revenu constitué à 100 % de prestations sociales.

294 889 sont des allocataires isolés, et 142 111 sont des familles monoparentales.

60 838 allocataires perçoivent l'allocation d'adulte handicapé.

[3] Le taux de pauvreté infantile ou taux d'enfants vivant dans des familles à bas revenus rapporte l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans (à charge au sens de la législation familiale) connus des CAF, vivant dans un foyer allocataire à bas revenus à l'ensemble des enfants (du même âge) au dernier recensement de la population (Source DROS PACA).

3.3.1 Le Revenu de Solidarité Active (RSA) : comparable à l'évolution nationale mais avec des disparités départementales

Source : DROS – CAF PACA

En région PACA, au 31 décembre 2010, 172 600 allocataires perçoivent le Revenu de Solidarité Active versé par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF), 21 948 personnes bénéficient d'un RSA majoré[4] . Avec les ayants droit (conjoints et enfants), ce sont près de 360 000 personnes qui bénéficient de cette prestation, soit 9 % de la population régionale.

L'évolution régionale 6,4% est comparable à l'évolution nationale, (+ 6 %) entre décembre 2009 et décembre 2010. Les bénéficiaires du RSA activité seul affichent une progression de 11 %, tendance légèrement supérieure à celle observée au niveau national (10 %). On observe des disparités départementales, ainsi dans les Bouches-du-Rhône, l'évolution du nombre de bénéficiaires du RSA comprise entre 1 % et 1,9 % selon les trimestres depuis décembre 2009 est relativement constante. Dans les autres départements, on observe de fortes fluctuations saisonnières notamment dans le Vaucluse (4,7 %) et dans les Alpes-Maritimes (1,6 %).

Les allocataires du RSA socle constituent une majorité de personnes seules.

3.3.2 Bénéficiaires de l'ASS

Au 31.12.10, en région PACA, le nombre de personnes bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) est de 27 267. La répartition départementale est la suivante :

Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)	Nombre de bénéficiaires au 31.12.2009	Part des allocataires pour la population des 15-64 ans en 2009	Nombre de bénéficiaires au 31.12.2010
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	790	0,8	898
05 HAUTES ALPES	600	0,7	548
06 ALPES MARITIMES	4 845	0,7	4 958
13 BOUCHES DU RHONE	11 210	0,9	11 840
83 VAR	4 965	0,8	5 100
84 VAUCLUSE	3 440	1,0	3 923
Total PACA	**25 850**		**27 267**

Source : DRESS

En 2009, pour la France entière, la part des allocataires au sein de la population des 15 à 64 ans est de 0,8 %.

3.3.3 Les allocataires du minimum vieillesse en hausse

Source : DROS.

Le nombre d'allocataires du minimum vieillesse est de 69 000 personnes en Paca en 2009 (+ 2,3 % par rapport à 2008), ce qui représente 5,5% de l'ensemble des personnes de 60 ans et plus (contre 3,6 % à l'échelle nationale). Il s'agit majoritairement d'hommes (6,3% d'hommes de plus de 60 ans contre 4,9% de femmes.), avec une solitude nettement marquée dans les départements ruraux.

[4] RSA majoré : les personnes en situation d'isolement avec enfant(s) à charge ou à naître ont une majoration de leur prestation RSA.

3.4 Les dispositifs d'hébergements et de réinsertion sociale

Lits, places installés au 1.01.2010 par catégorie d'établissement - Taux d'équipement

Source : DRJSCS - FINESS

Catégorie d'établissement	PACA	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
Établissements pour adultes et familles en difficulté							
Centre hébergement réinsertion sociale, CHRS	3 463	66	41	581	2 049	481	245
Centre accueil demandeur d'asile, CADA	1 148	0	50	346	642	60	50
Autre centre d'accueil	317	0	0	137	130	0	50
Centre provisoire d'hébergement	56	0	0	16	40	0	0
Maisons relais	49	0	0	49	0	0	0
Résidences Sociales	4 161	0	161	4 000	0	0	0

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT)

Données au 1 janvier 2011

	Nb étab.	Capacités Autorisées	Dt dédiées sortant de prison
Alpes de Haute Provence	0	0	0
Hautes Alpes	0	0	0
Alpes-Maritimes	3	59	5
Bouches-du-Rhône	4	79	0
Var	3	38	0
Vaucluse	1	15	0
PACA	11	191	5
France Métropolitaine			

Source : SROSM

3.5 Regard sur la pauvreté

Source : DROS

L'analyse faite par les associations, au-delà de la pauvreté monétaire, permettent d'appréhender la pauvreté vécue par les personnes qui la subissent : proportion croissante de personnes âgées qui présentent des problèmes d'accès aux soins de premier plan, des situations de vie de plus en plus complexes et marquées par l'isolement, des revenus qui ne permettent plus de vivre, une augmentation de la précarité professionnelle….

3.5.1 Des territoires socialement très vulnérables

Dans le cadre du schéma régional de prévention, l'exploitation de neuf indicateurs, (quatre portant sur le niveau de ressources et cinq sur des situations de forte vulnérabilité sociale)[5] a permis d'identifier des territoires socialement très vulnérables.

A l'échelle des territoires de proximité (ancien découpage du PRSP), et sur la base de ces neuf indicateurs, Marseille, tous les territoires du Vaucluse, Arles, Toulon-Hyères, Martigues et Nice apparaissent comme dix territoires socialement très vulnérables.[6]

A l'échelle des cantons regroupés [7]sur la base du taux de bénéficiaires de la CMUC (régime général) et du taux de personnes sans diplôme, les 35 cantons les plus mal classés pour ces deux critères sont reportés dans le tableau ci-après :

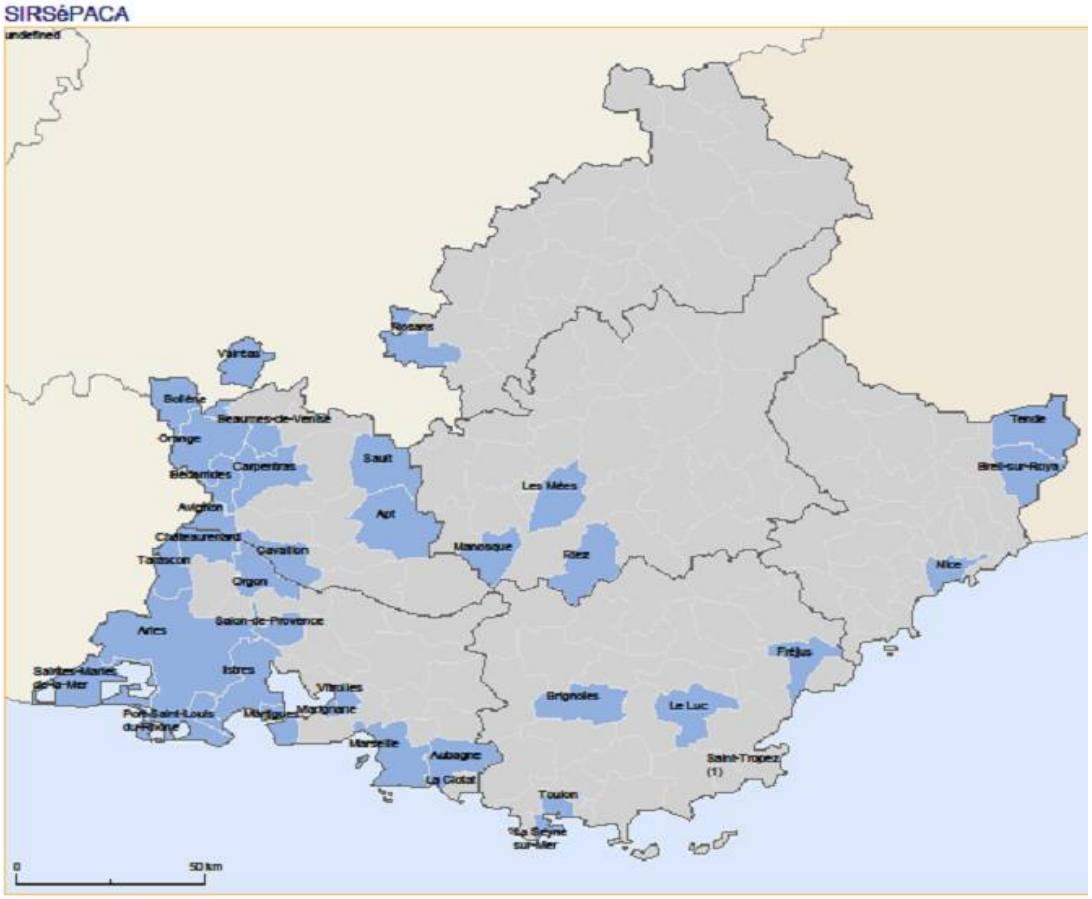
Territoires de proximité	Cantons regroupés
Marseille	Marseille, Marignane
Arles	Arles, Châteaurenard, Orgon, Saintes-Maries-de-la-Mer, Tarascon
Avignon	Avignon, Bédarrides
Apt	Apt
Carpentras	Carpentras, Beaumes-de-Venise, Sault
Cavaillon	Cavaillon
Orange-Valréas	Orange, Bollène, Valréas
Toulon-Hyères	Toulon, La Seyne-sur-Mer
Martigues	Martigues, Istres, Port-Saint-Louis-du-Rhône
Nice	Nice
Territoires de santé	Cantons regroupés avec entre parenthèses le territoire de proximité correspondant
Alpes de Haute-Provence	Manosque, Riez (Manosque), Les Mées (Digne)
Hautes-Alpes	Rosans (Sisteron)
Alpes-Maritimes	Tende, Breil-sur-Roya (Menton)
Bouches du Rhône	Vitrolles (Aix en Provence), Salon de Provence (Salon), Aubagne (Aubagne - La Ciotat)
Var	Le Luc (Draguignan), Brignoles (Brignoles), Fréjus (Fréjus-St-Raphaël)

Cette analyse complémentaire permet de préciser la première approche effectuée au niveau des territoires de proximité ; elle permet aussi d'identifier quelques cantons n'appartenant pas à cette liste notamment dans les départements alpins. Ainsi, aux cantons appartenant aux territoires de proximité déjà mentionnés, s'ajoutent une dizaine de cantons appartenant pour la plupart aux arrière-pays (cf. carte ci-après)

[5] % de bénéficiaires de la CMUC (régime général) en 2010, revenu fiscal médian (par Unité de consommation) en 2007, rapport interdécile des revenus (D9/D1) en 2007, nombre de personnes couvertes au 31/12/2007 par des allocations (CAF) à bas revenus pour 100 habitants de moins de 65 ans, proportion de familles monoparentale en 2007, part des personnes sans diplôme en 2007, part de la population de nationalité étrangère en 2007, demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) cat 1 < 25 ANS au 31/12/2009, DEFM cat 1 >50 ans au 31/12/2009.

[6] Compte tenu de la ventilation territoriale des données disponibles pendant l'élaboration du schéma, les résultats proposés reposent sur un cumul des rangs. Si les résultats obtenus de cette manière sont cohérents, cette approche comporte des limites méthodologiques.

[7] Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et une ou plusieurs communes périphériques.



35 cantons regroupés les plus mal classés pour le taux de bénéficiaires de la CMUC (Part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC (rég. gén.) en 2010) et le taux de personnes sans diplôme en 2007

3.5.2 Des populations particulièrement vulnérables

Dans tous les départements de PACA, la pauvreté est plus forte qu'au niveau national. En 2006, 15,5 % des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur vivent sous le seuil de pauvreté, contre 13,2 % au niveau national. 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

3.5.2.1 Les personnes 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 semi-libres, les bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire.
La moyenne journalière en PACA est de 7 632 détenus.

Les mineurs : la région PACA compte trois structures susceptibles d'accueillir des détenus mineurs (hors cas des jeunes filles qui sont incarcérées dans les quartiers femmes de Marseille et Nice), il s'agit de l'EPM, le QM de Grasse et le QM d'Avignon-Le-Pontet, présentant une capacité de 111 places. On note depuis début 2011, une nette augmentation des écrous de mineurs qui obligent à des transferts sur d'autres régions

Les jeunes filles mineures : Le centre pénitentiaire pour femmes de Marseille accueille des jeunes filles mineures. Dans le cadre de la rénovation du CP, un quartier pour mineures de 10 places est prévu au sein du CPF à l'horizon 2015

Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 4,3% de la population carcérale des établissements de la région au 1er janvier 2011, contre 3,8 % au 1er janvier 2002, soit une très légère hausse.

Les étrangers représentent 18 % de la population carcérale, en baisse continue depuis 2000, date à laquelle les étrangers constituaient 25 % de la population incarcérée.

Les personnes dépendantes : 22 cellules, sur l'ensemble des établissements de la région permettent l'accueil de personnes à mobilité réduite.

En région PACA, le nombre de suicides variait de 11 à 13 entre 2007 et 2009.

Le plan de prévention du suicide est décliné dans l'ensemble des établissements en partenariat avec les personnels de santé avec un axe fort autour de la formation des personnels, le repérage des personnes présentant des risques de passage à l'acte suicidaire et la mise en œuvre d'un plan individuel de protection , l'objectif étant de renforcer l'adhésion aux mesures de protection et l'estime de soi.

État de santé de la population des détenus

La région PACA est une importante région pénitentiaire, et donc concernée au premier chef par les problématiques, liant situation sanitaire et incarcération. L'éloignement fréquent des détenus 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.
La prévalence de certaines affections ou addictions en milieu carcéral est supérieure à la population générale.
Les personnes placées sous main de justice connaissent un cumul des facteurs de risques (marginalité ou précarité et faible accès aux soins déjà cités, mais aussi troubles mentaux, addiction, violence) induisant des problèmes sanitaires particuliers en prison, notamment troubles psychologiques et psychiatriques, problèmes d'addictions, près d'un tiers des entrants en prison sont toxicomanes, pathologies bucco-dentaires, pathologies infectieuses.
L'emprisonnement pour les usagers de drogues accroît souvent leur vulnérabilité, mais l'entrée en milieu carcéral ne se traduit plus que marginalement par un arrêt des traitements lorsqu'ils ont été initiés à l'extérieur.

Le CRIPS PACA, dans le cadre du tableau de bord de suivi du programme 14 du PRSP, indique que «la prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral est 3 à 5 fois supérieure à celle de la population générale, faisant de la prison un haut lieu de risque pour la propagation du SIDA comme des hépatites virales.

Il existe un risque de séroconversion durant l'incarcération lorsque l'accès aux matériels de réduction des risques est inexistant ou insuffisant et que l'usage de drogue existe malgré l'interdiction, ou que l'échange de matériel (rasoirs par exemple) a cours entre détenus. L'ensemble des établissements de PACA distribuent régulièrement de l'eau de javel, à des périodicités variables ; elle est le plus souvent cantinable également. Le tiers environ des établissements de PACA indique que la pratique du piercing ou du tatouage a cours en détention1, mais dans la plupart des établissements, il existe une information des personnes détenues relative aux risques de contamination au VIH et au VHC à partir de ces pratiques.

La sexualité en prison reste largement taboue qu'il s'agisse des relations entre détenus ou au moment des parloirs. En matière d'accès aux préservatifs, il existe une disparité entre établissements de la région PACA : la plupart mettent des préservatifs à disposition des détenus à l'UCSA (ce qui en limite l'accès aux heures d'ouverture du service médical), une minorité indique en «distribuer régulièrement», à des périodicités variables (soit à l'entrée et en détention, soit à l'entrée et à la sortie, soit à la demande, soit à l'UCSA …

3.5.2.2 Les populations immigrées

Source Dros

La population immigrée est constituée de l'ensemble des personnes nées à l'étranger et qui étaient à leur naissance de nationalité étrangère. En 2006, ce sont 471 222 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 baisse de 2,5 points entre 1975 et 2006. Les départements des Bouches-du-Rhône, du Vaucluse et des Alpes maritimes affichent des taux plus élevés que les autres départements de la région et supérieurs à la moyenne nationale.

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 (65 %depuis 1999) et la construction. Les femmes immigrées travaillent surtout dans le secteur de la santé et de l'action sociale (aide à la personne).

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 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.

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.

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 déclarée et subie.

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, allocations sociales) sont les principaux facteurs explicatifs de ces difficultés.

Ces populations sont caractérisées par une santé précaire, elles souffrent majoritairement de problèmes locomoteurs, de pathologies chroniques telles que le diabète, d'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 : le foyer, 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 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. 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. 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.

3.5.2.3 Les familles monoparentales

Source : DROS

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.

3.5.2.4 Les saisonniers

Les travailleurs saisonniers sont une population d'actifs souvent jeunes, mal connue du fait des difficultés à identifier clairement ce mode d'activité (un Contrat à Durée Déterminée du point de vue de l'emploi), ainsi que du fait de sa mobilité (même si certains saisonniers reviennent d'année en année).

Les emplois concernés sont liés à l'agriculture (viticulture, arboriculture, maraîchage, horticulture), au tourisme (activités sportives, hébergement, restauration et autres services à la personne) et ses emplois induits (transport et commerce par exemple). En PACA les postes de « saisonniers d'été » liés à la fréquentation touristiques sont de 153 000 en 2006. Un saisonnier d'été sur quatre travaille dans la restauration. Le Var est le premier employeur de saisonniers d'été. Les saisonniers d'été représentent 23% de l'emploi salarié lié au tourisme, les salaires sont plus bas. .

Plus de 7 000 saisonniers d'hiver de la montagne en Provence-Alpes-Côte d'Azur (octobre 2007) :
5 études existantes ciblées sur la santé des saisonniers, qu'elles soient anciennes ou récentes (deux études entre 2003 et 2007), montrent toutes une hétérogénéité de cette population des saisonniers de stations de ski, selon leur métier, leur employeur, leur ancienneté, leur origine locale ou non et leur réseau social, leur niveau de formation, leur trajectoire professionnelle. Une étude plus ciblée sur la vie familiale des saisonniers a montré les obstacles auxquels se heurte la vie de famille dans ce «non-lieu» que constitue une station de ski en saison. La logique économique du tourisme industriel s'accompagne d'une précarisation des saisonniers : leur identité est incertaine (entre habitants et touristes), et ils ont du mal à trouver leur espace vital dans des relations marquées par l'éphémère et l'artificiel.

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/ le surmenage, les troubles de l'humeur (anxiété, dépression), les infections et les problèmes rhumatologiques.

3.5.2.5 Les sans domicile fixe

La santé des personnes en situation précaire en PACA peut également être appréhendée à partir de quelques études régionales. Ainsi, une étude récente[8] portant sur les personnes fréquentant des dispositifs tels que les CHRS, CADA, Résidences sociales, Accueils de jour, Appartements de coordination thérapeutique, Maisons-relais... permet d'avoir un éclairage sur leurs problématiques de santé les plus fréquemment repérées par les professionnels de ces structures. 87% de l'échantillon (constitué par les structures ayant répondu à l'enquête) est confronté aux addictions, 86% à des souffrances psychologiques, 82% à des troubles psychiques. Sont également relevés des problèmes dentaires (70%), d'hygiène (60%), des maladies graves (cancers, VIH, VHC : 46%) et des problèmes d'alimentation (43%). Cette étude vient compléter les informations portant sur les inégalités sociales de santé par une approche "précarité-santé"[9] très complémentaire puisqu'elle porte sur des groupes de population fréquentant certaines structures. Les éléments fournis par les DDASS à partir des bilans d'actions 2006 et de réflexions locales confirment ces constats : forte prégnance de la souffrance psychique (signalé par tous les départements) ou de pathologies mentales (04 et 13), des conduites addictives ou de consommation de substances psycho-actives (04, 06 et 13), des problèmes d'alimentation et d'hygiène (13 et 06 pour certains publics). Les coordonnateurs ASV des Bouches du Rhône signalent en outre des problèmes spécifiques à certains territoires qui font écho aux informations relevées sur la mortalité : pathologies liées à l'amiante (La Ciotat), pathologies respiratoires (Martigues) maladies professionnelles liées à l'amiante et à l'industrie chimique.

---

[8] 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.

[9] "Inégalités sociales de santé et "précarité-santé" : deux problématiques distinctes ?" in CAMBOIS E. op. cit. p. 104

Dans le cadre du Contrat Local de Santé (axe accès aux soins) signé entre la Ville de Marseille et l'ARS une étude [10]a été initiée visant à identifier et renforcer les processus de coordination autour de l'accès aux soins et à leur continuité des personnes sans abri.

Cette mission, s'est déroulée entre juin/juillet 2010 et mars 2011.

Partant de constats liés à l'insuffisance chronique de soins pour la population SDF et de la complexité des trajectoires, l'étude est intervenue dans un contexte local et national favorables, avec des orientations fortes, et autant d'enjeux, autour de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
L'étude a concerné le public suivant :

- les personnes dormant dans la rue à un moment donné,
- les personnes sans-abri bénéficiaires des lieux d'hébergement suivants :
- CHRS, CHU, conventionnés ALT, Lits Halte Soins Santé (LHSS).

L'objectivation quantitative s'avère difficile mais le constat d'une augmentation de cette population est partagé. Par ailleurs, différents acteurs s'accordent à observer une croissance du nombre de jeunes d'une part, de personnes âgées d'autre part. D'autre part, et contrairement aux idées plutôt répandues, les études récentes menées auprès des personnes sans abri montrent que la santé et les soins ne sont pas relégués au dernier plan de leurs préoccupations et de leurs besoins.

Parmi les problèmes de santé repérés lors de l'étude, la notion de polypathologies prévaut, avec des maillages étroits dans les déterminants qui les génèrent.
Les données sur la mortalité (causes) sont mal connues, le phénomène des violences (subies – agies) -sur des terrains particulièrement fragilisés est à explorer de même que le lien avec le cumul des retards aux soins.
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 ostéoarticulaires 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 MdM ; 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 maltraitances, 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…

3.5.2.6 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 ».

[10] « Accompagnement à l'élaboration de réponses aux problèmes d'accès aux soins et de continuité des soins pour les sans-abri à Marseille » juillet 2011 Observatoire Social de Lyon ARS PACA/Ville de Marseille

Deux 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.
Il est très difficile de pouvoir donner des chiffres exacts à l'échelle de la région.

Les associations s'occupant principalement des personnes en situation de prostitution ont rencontré en 2010 :

- sur Nice entre 600 et 700 personnes dont 1/3 de nouvelles personnes chaque année.
- sur Marseille et alentours, plus de 600 personnes, dont plus de 123 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 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 adopté le 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 accroitre 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.

3.5.2.7 Les personnes en situation irrégulière

Les données sur l'état de santé et l'accès aux soins des bénéficiaires de l'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 de s'approcher de l'état de santé des personnes relevant du régime de l'AME[11.]

[11] 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 (résumé en page 29 du présent document)

4. Inégalités sociales de santé

4.1.Les déterminants extrinsèques

4.1.1 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 logements :
D'après l'enquête de l'INSEE[12], 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. Elle fait partie des cinq régions, Ile de France comprise, qui arrivent en tête relativement au nombre de logements frappés par un arrêté d'insalubrité (carte en annexe 2).

Pour ce qui est de la lutte contre le saturnisme, la région PACA faisait en 2008 partie des quatre régions ayant le plus de transmission des constats d'exposition au plomb positifs (carte en annexe 2)[13].

4.1.2 Qualité de l'air et santé

Deux associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air (AASQA) couvrent la région PACA : Airfobep avec les grandes zones industrielles des communes de l'Ouest des Bouches-du-Rhône et Atmopaca pour le reste de la région.

L'information réglementaire diffusée par les préfectures est ciblée par rapport à chaque type de polluant, en fonction du niveau de concentration observé :

- seuil d'information et de recommandation : c'est le niveau au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé humaine, dans les groupes particulièrement sensibles de la population. Il peut s'agir des personnes asthmatiques, des jeunes enfants, des personnes âgées, des personnes insuffisantes respiratoires...
- seuil d'alerte : Il s'agit du niveau au-delà duquel une exposition de courte durée présente un risque pour la santé humaine de toute la population, en particulier les personnes sensibles. A partir de ce seuil, les États membres de la communauté européenne prennent immédiatement des mesures.

[12] Le logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Insee - Décembre 2008
[13] Enquête annuelle sur les actions départementales engagées pour lutter contre l'habitat indigne 2008- 2009 - DGS

Les grands types de polluants dits « traceurs » :

- O3 : Ozone, gaz produit par réaction photochimique à partir des polluants dits primaires (NOx, COV, CO)
- NOx : Oxydes d'azote produits essentiellement par le trafic routier
- SO2 : Dioxyde de souffre produit essentiellement par l'industrie
- PM10 : (« Particle Mater ») Poussières de diamètre inférieur ou égal à 10µm

En PACA, les émissions de particules sont plus les importantes autour de l'étang de Berre dans les Bouches-du-Rhône (en raison de l'activité industrielle) et le long des axes majeurs de circulation de la région.

4.1.2.1 Effets des principaux polluants sur la santé

L'impact sanitaire de la pollution est aujourd'hui bien établi et documenté. 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.

Les évaluations de l'impact sanitaire (EIS) de la pollution atmosphérique au niveau des grandes agglomérations la région PACA réalisées entre 2000 et 2006 par la Cire Sud ont mis en évidence le rôle prépondérant de l'exposition quotidienne à la pollution de fond par rapport à celui des pics de pollution[14].

4.1.2.2 Coût sociétal

La pollution atmosphérique engendre des coûts directs sur la santé de la population française, évalués à plusieurs milliards d'euros par an.

4.2 La mortalité prématurée

Les données ci-dessous sont issues du Schéma Régional de Prévention.

La mortalité prématurée (décès toutes causes avant 65 ans) est un puissant marqueur d'inégalités sociales de santé et de genre qui permet de repérer des territoires prioritaires. En région PACA, les trois principales causes de mortalité prématurée sont les cancers (41% des décès prématurés, en hausse régulière), les traumatismes (17%) et les maladies cardio-vasculaires (13%).

[14] Pascal L, Franke F., Lasalle J.L., Sillam F., Genevé C., Malfait P. « Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine dans six agglomérations de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2004-2006 » - 2011 – InVS
Source Atmo PACA : bilan d'activité de la qualité de l'air 2010
Source Airfobep : bilan annuel 2010

Globalement, en termes de mortalité générale et prématurée, notre région apparaît favorisée par rapport à la métropole.

Le taux comparatif de mortalité prématurée (pour 100 000) de 2001 à 2007 était de 208 pour la région PACA et 215,4 pour la France métropolitaine (Source SIRSé PACA).

Entre les périodes 1991-1997 et 2001-2007, le taux de mortalité prématuré a baissé d'environ 19%, en PACA comme en France métropolitaine.

Entre 2001 et 2007, en moyenne, environ 8200 personnes sont décédées chaque année avant 65 ans dont 67% sont des hommes. Un tiers de ces décès est lié à des causes de décès évitables[15] par la réduction des comportements à risques (ORS PACA).

Pour la période 2000-2004, une analyse par genre, au niveau des territoires de proximité, montre que le territoire de Marseille est le seul de notre région à présenter une surmortalité prématurée significative pour les hommes par rapport à la France (+ 4%). Le territoire de Draguignan présente une surmortalité évitable significative pour les hommes par rapport à la France (+ 12%).

Les territoires de Martigues, Cavaillon, Embrun, Arles et Briançon présentent une proportion plus forte de décès prématurés chez les hommes.

Sur cette même période, aucun territoire ne présente une surmortalité significative pour les femmes par rapport à la France. Les territoires de Cannes-Grasse et Nice sont caractérisés par une proportion plus marquée de décès prématurés chez les femmes.

Au niveau des cantons regroupés, deux grandes catégories de territoires ont été mises en évidence :

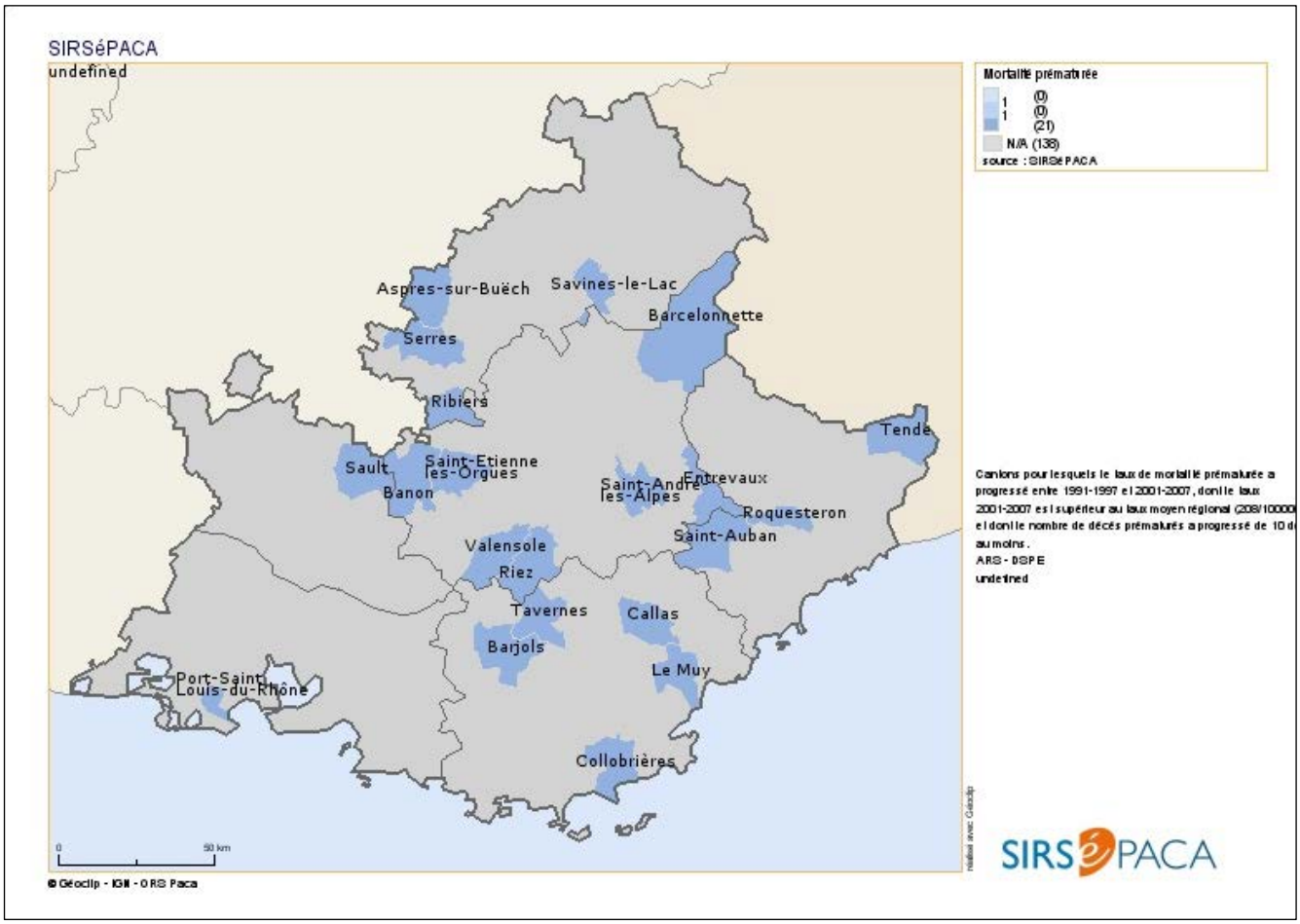
4.2.1 Des territoires majoritairement très ruraux et situés en montagne

Dans ces cantons, le taux comparatif de mortalité prématurée a progressé entre 2001-2007 (alors qu'il diminuait de 19% en France et en PACA).

Cette localisation met en évidence des inégalités territoriales de santé qui correspondent pour quelques cantons à des espaces de santé de proximité fragiles ou à risques, au sens du SROS ambulatoire. Par ailleurs, il est noté que quatre de ces cantons (Tende, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Sault et Riez) font partie des cantons à forte vulnérabilité sociale.

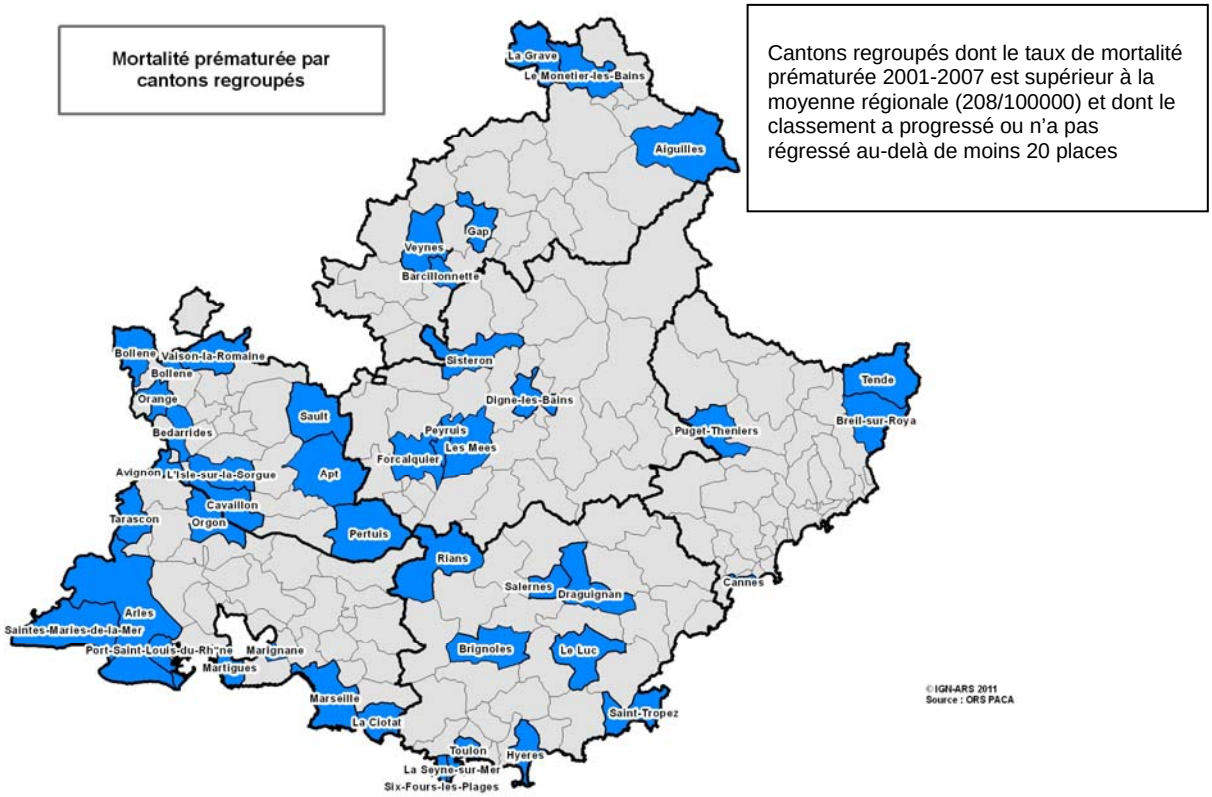
Cantons pour lesquels le taux de mortalité prématurée a progressé entre 1991-1997 et 2001-2007, dont le taux 2001-2007 est supérieur au taux moyen régional (208/100000) et dont le nombre de décès prématurés a progressé de 10 décès au moins.

[15] La mortalité évitable est une sous-partie de la mortalité prématurée correspondant à un ensemble de causes de décès liés à des pratiques à risques (consommations d'alcool ou de tabac, accidents de la route, sida, suicides).

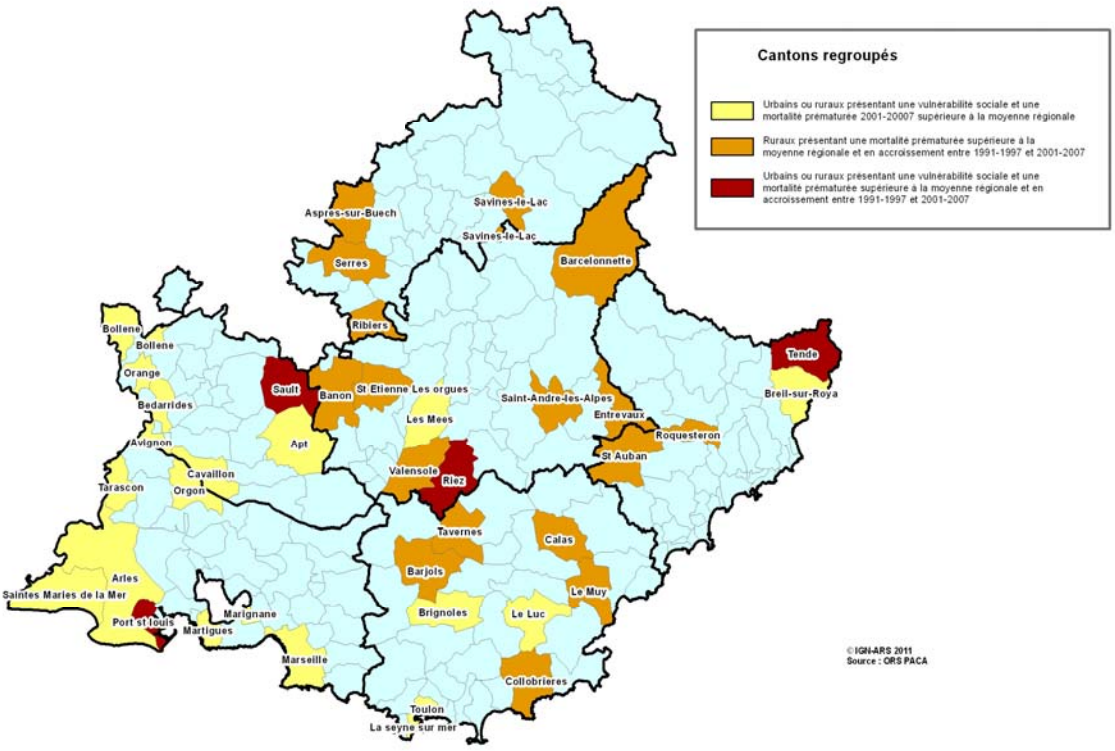


4.2.2 Des territoires qui cumulent vulnérabilité sociale et mortalité prématurée supérieures au taux régional.

En examinant les cantons dont le classement avait peu varié entre les deux périodes d'analyse, et dont le taux comparatif de mortalité prématurée est supérieur au taux moyen régional pour 2001-2007, il est révélé un nombre élevé de cantons en forte vulnérabilité sociale.



La carte ci-après synthétise ces éléments :



Il faut souligner, à nouveau, que les spécificités des quartiers des grandes villes de la région (ex. Nice), beaucoup plus hétérogènes que des cantons ruraux, ne peuvent être prises en compte ici. Par ailleurs, pour ces derniers, les évolutions de la mortalité prématurée peuvent correspondre à de faibles effectifs de décès et être le fait par exemple d'accidents de la circulation dont l'impact sur ces effectifs de décès prématurés, peut être élevé à l'échelle de la population de ces territoires.

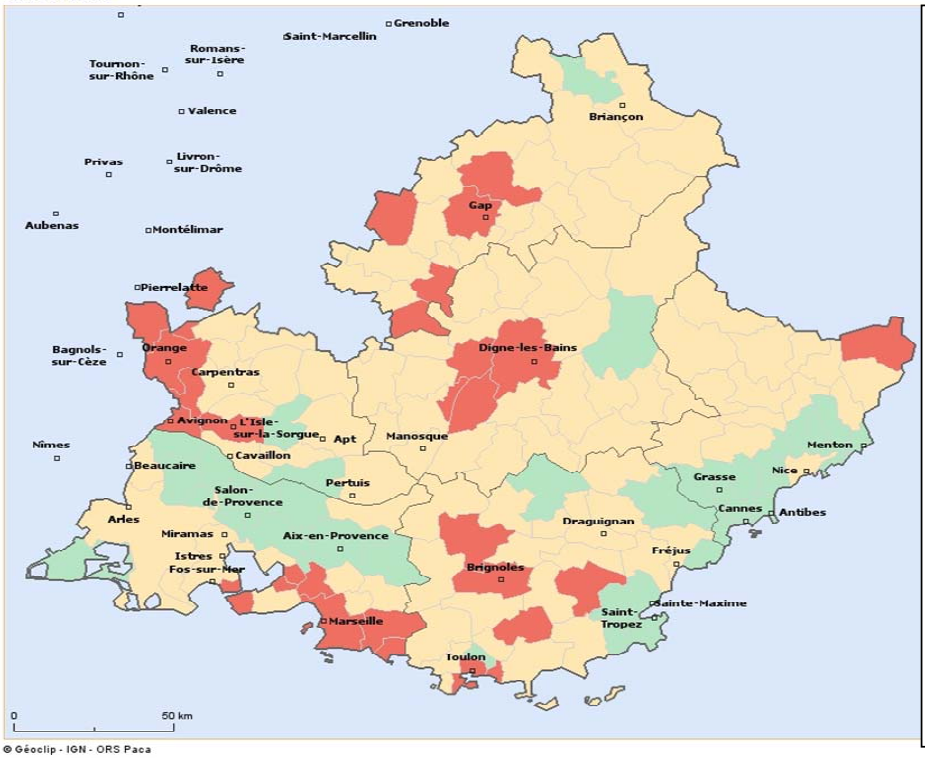
Une récurrence préoccupante pour certains territoires, en particulier Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

Ces trois cantons regroupés présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%), à la fois pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon).

4.3 La surmorbidité

Certains territoires de la région connaissent une surmorbidité significative pour l'ensemble des ALD avec une vulnérabilité sociale marquée pour beaucoup d'entre eux.

SIRSéPACA



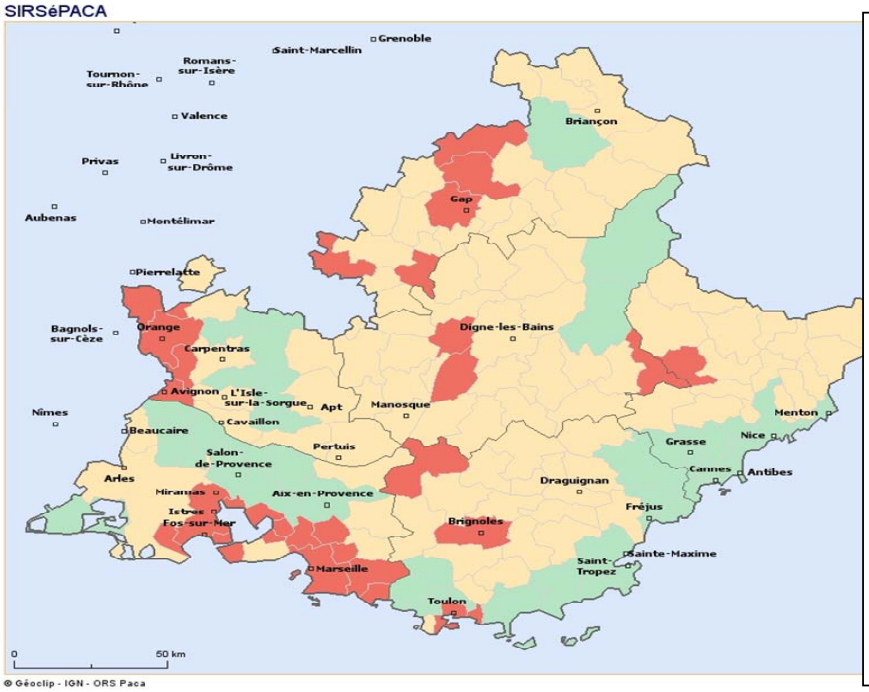
© Géoclip - IGN - ORS Paca

Significativité de l'indice comparatif de morbidité – ALD (base 100 PACA) chez les hommes (Rég. Gén.) en 2010

Jaune : ICM non significativement ≠ de 100 (94)

Vert : Sous-morbidité significative (au seuil de 5%) (35)

Rouge : Sur-morbidité significative (au seuil de 5%) (30)



Significativité de l'indice comparatif de morbidité – ALD (base 100 PACA) chez les (Rég. Gén.) 2010

Jaune : ICM non significativement ≠ de 100 (94)

Vert : Sous-morbidité significative (au seuil de 5%) (35)

Rouge : Sur-morbidité significative (au seuil de 5%) (30)

Source URCAM PACA (régime général stricto sensu)

Pour les hommes, Tende, Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, Martigues, Aubagne, Brignoles, Barjols, Le Luc, Les Mées, Aspres sur Buech et Ribiers sont des territoires précédemment repérés.
Pour les femmes, on retrouve un grand nombre de ces territoires : Toulon-La-Seyne-sur-Mer, Marseille, pourtour de l'étang de Berre, limite ouest du Vaucluse, Brignoles, Les Mées, Rosans…

On observe une récurrence préoccupante pour certains territoires, en particulier Port-Saint-Louis du Rhône, Tende et La Seyne sur Mer

Ces trois cantons regroupés présentent une surmortalité significative (au seuil de 5%), à la fois pour plusieurs des trois principales causes de mortalité prématurée : les cancers, les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires ou pour certains déterminants majeurs de ces maladies : l'alcool ou le tabac (cancer du poumon).

5. Éléments relatifs au droit et à l'accès à la santé

L'assurance maladie, complétée par des dispositifs particuliers pour les personnes les plus en difficulté – CMU, CMU-C, Aide à la Complémentaire Santé, Aide Médicale d'Etat – est de nature à permettre un accès généralisé et universel à la santé dans notre pays.

Pour autant, le dispositif juridique et financier mis en place ne règle pas totalement le problème des inégalités de santé.

5.1. Principales données en région PACA

5.1.1 La CMU / CMU-C

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une prise en charge des dépenses de couverture complémentaire assurée par les caisses d'assurance maladie ou par des organismes complémentaires, sous conditions de résidence régulière en France et de ressources, qui doivent être inférieures à 634,25 € par mois en moyenne pour une personne seule en France métropolitaine.
Prenant la forme d'une protection complémentaire gratuite, elle permet à l'assuré une prise en charge des soins à 100 % sans avance de frais, y compris pour le forfait journalier hospitalier. Les bénéficiaires sont exonérés du forfait de 1€ et des franchises.

La région PACA fait partie des cinq régions avec l'Ile de France, le Nord Pas de Calais, Rhône-Alpes et Languedoc Roussillon qui concentrent 46,9 % des effectifs CMU-C.

Au 31.12.10, en région PACA, le nombre de personnes bénéficiaires de la CMU-C est de 359 549, soit 7,2 % de la population. La répartition départementale est la suivante :

	Nombre de bénéficiaires	Pourcentage de la population
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	7 744	4,8 %
05 HAUTES ALPES	4 179	3 %
06 ALPES MARITIMES	48 801	4,4 %
13 BOUCHES DU RHONE	195 269	9,8 %
83 VAR	61 233	6 %
84 VAUCLUSE	42 323	7,7 %

Source : CNAMTS, MSA, RSI

Pour la métropole, le taux de bénéficiaires est de 5,7 %.

Dans son avis du 5 juillet 2011 sur l'accès aux soins des plus démunis[16], le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), considère que deux enjeux doivent être améliorés en ce qui concerne la CMU :

- l'importance du non recours à la CMU-C, évalué à 20 %, principalement en raison du déficit d'information ;
- les refus de soins de certains professionnels de santé.

[16] Avis du CNLE, Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non recours aux soins des plus démunis », 5 juillet 2011, p.2

Au vu des informations recueillies auprès des usagers et des associations, il apparaît que les délais d'obtention de la CMUC varient selon les CPAM, et peuvent parfois être supérieurs à 3 mois ou plus.

5.1.2 L'AME

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.

Le dispositif a été créé en 1999. L'aide médicale d'État est financée par l'État, c'est une prestation sociale permettant, sous certaines conditions, l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Ses bénéficiaires ne sont pas des assurés sociaux.

La gestion opérationnelle de l'AME est déléguée à l'assurance maladie, cette politique est pilotée par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), du ministère des affaires sociales.
La loi, fixe, outre le paiement d'un droit de timbre, trois conditions d'accès au dispositif : la justification de son identité, l'exigence d'une condition de durée de résidence ininterrompue de trois mois sur le sol français, la perception de ressources n'excédant pas un plafond (les ressources d'une personne seule ne doivent pas dépasser 634 euros par mois.

Conformément à la loi n° 2010-1657 de finances pour 2011 du 29 décembre 2010, le demandeur, une fois ses droits à l'AME confirmés, doit, depuis le 1er mars 2011, préalablement s'acquitter du paiement d'un droit de timbre annuel pour lui-même et chaque ayant droit majeur pour lequel le bénéfice de l'AME est demandé. Ce montant est de 30 euros.
Le niveau de prestation assuré à un bénéficiaire de l'AME est identique à celui dont bénéficie un ressortissant à la CMU-C, à l' exception de la prise en charge des soins dentaires et des dispositifs médicaux (prothèses et orthèses).

Le dépôt de la demande fait commencer la phase d'instruction. Si les conditions d'admission sont remplies, l'organisme de sécurité sociale envoie dans le délai légal des deux mois un courrier notifiant l'acceptation du dossier, qui l'avertit de venir chercher le titre d'admission à la caisse dans un délai de deux mois.

En PACA, au 30 juin 2011, il y a 11 099 personnes bénéficiaires de l'AME, qui se répartissent comme suit :

	Bénéficiaires affiliés à l'AME au 30/06/2011			
	Assurés	**Ayants droit**	**dont : ayants droit mineurs**	**Ensemble**
04 ALPES DE HAUTE PROVENCE	51	15	10	66
05 HAUTES ALPES	22	9	6	31
06 ALPES MARITIMES	2 368	748	505	3 116
13 BOUCHES DU RHONE	5 052	1 330	983	6 382
83 VAR	615	112	81	727
84 VAUCLUSE	650	127	99	777
PACA	**8 758**	**2 341**	**1 684**	**11 099**
FRANCE METROPOLITAINE	**133 815**	**41 699**	**28 208**	**175 514**
FRANCE ENTIERE	**143 094**	**49 487**	**35 499**	**192 581**

Source : CPAM

5.1.3 L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

L'aide à la complémentaire santé, initialement dénommée crédit d'impôt, consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. L'ACS a été mise en place en 2005 pour réduire les effets de seuil liés à la CMU-C. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %. 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 1er janvier de l'année.

La demande d'aide complémentaire santé est à faite 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 estime à une personne sur quatre la proportion de personnes ayant fait valoir ses droits à l'ACS. Ce dispositif n'atteint 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. 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.

5.2 Les obstacles au droit et à l'accès 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…

Les difficultés d'accès aux soins sont multifactorielles :

5.2.1 Accessibilité financière (accès théorique)

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, il reste encore quatre millions de personnes sans protection complémentaire.

Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES de 2010 qui interroge tous les deux ans 8 000 sujets (ainsi que les personnes présentes dans les ménages, soit au total 22 000 participants figurant dans les registres des trois principales caisses d'assurance maladie), 16,5 % de la population de 18 à 64 ans a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 10,7 % de la population, ce qui en fait est le type de soins le plus touché, devant les lunettes (4 %).

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 plus de 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 : 46 % souhaitent en bénéficier, mais ne le peuvent pas pour des raisons financières.

5.2.2 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…

FOCUS SUR QUELQUES EXEMPLES OU QUELQUES POPULATIONS

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.
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 agrées pour assurer cette mission.

L'A.M.E

Compte tenu de leur statut, ces personnes éprouvent en effet de l'appréhension à visiter 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 couteuses. Elle peut en outre présenter des risques en termes de santé publique.

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[17].

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 quasi kafkaïennes de pièces justificatives (mais jamais écrites) qui aboutissent à des ruptures de droits parfois très graves.

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, prévoit d'inscrire concernant la santé, 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 général (protection maternelle et infantile), de la mairie, des associations concernées par les gens du voyage.

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

5.2.3 Les difficultés tenant au système de soins

Elles sont de plusieurs ordres :

5.2.3.1. Problèmes d'accès géographique

Les difficultés habituellement connues sont liées à l'inégale densité géographique de l'offre, au réseau de transport, l'éloignement étant un facteur limitant l'accès à des soins spécialisés pour les habitants des quartiers classés en politique de la ville ou ceux des zones rurales.

Cette question est à relativiser pour la région PACA pour l'accès à l'offre de soins de premier recours. La densité médicale - généralistes et 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.

5.2.3.2 Difficultés liées aux attitudes et comportements de certains professionnels

<u>Accès primaire aux soins</u>

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).

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

Trente 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).

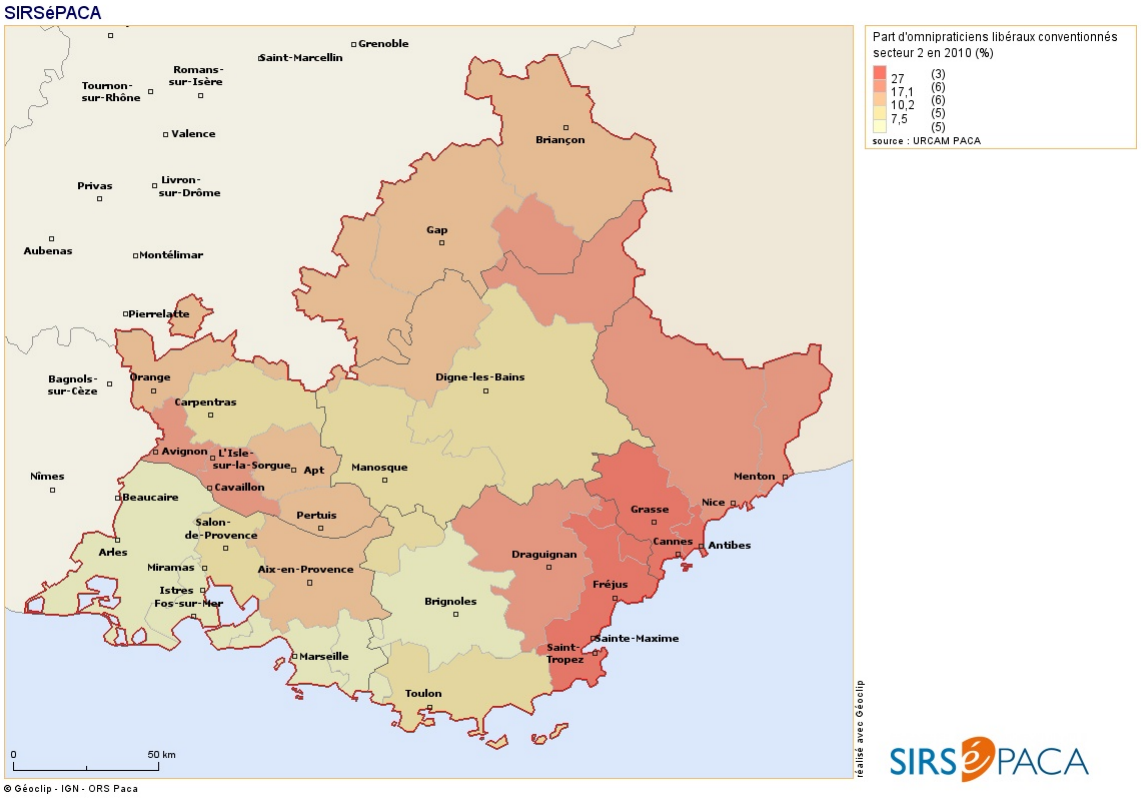
La loi relative à la CMU interdit que les dépassements d'honoraires soient appliqués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Toutefois, du rapport IGAS 2007, il ressort que 1,6 % des consultations facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire avaient donné lieu à un dépassement d'honoraires[18].

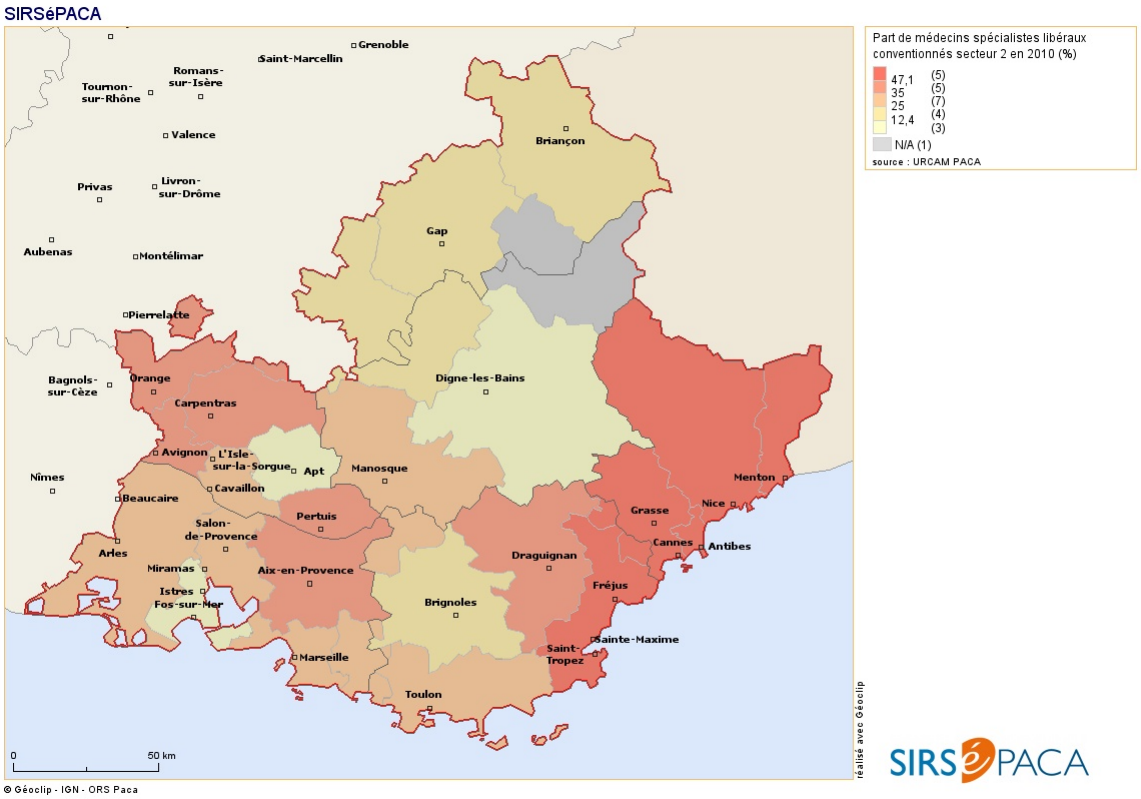
[18] Vanessa Bellamy (DREES) et Anne-Laure Samson (LEDa-Legos, Université Paris Dauphine), « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins »

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…

Les cartes ci-après donnent un aperçu synthétique de la situation en région PACA.





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 Cavaillon, 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.

5.2.4 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 %).

5.3 Les dispositifs favorisant l'accès à la santé

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.

5.3.1 Une innovation majeure : le SROS ambulatoire

Instaurée par la loi HPST, le volet ambulatoire du SROS est un outil qui analyse les atouts mais aussi les freins et les faiblesses de l'offre ambulatoire sur les territoires, détermine des priorités d'accès en matière de structuration de l'offre de soins de premier recours, et assure la promotion de modes d'exercices coordonnés ou regroupés.

Des diagnostics ont été effectués par département, identifiant des espaces de proximité fragiles et à risques. Les 282 quartiers prioritaires politique de la ville ont été également classés zones à risques.

5.3.2 Les dispositifs d'accès aux soins

5.3.2.1. Les PASS

Les permanences d'accès aux soins (PASS) sont un des dispositifs essentiels pour améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes démunies.

Quarante PASS sont ouvertes dans les centres hospitaliers de la région dont :

- 3 PASS auprès des établissements de psychiatrie, une à Marseille (hôpital psychiatrique d'Edouard Toulouse), une à Aix en Provence (Hôpital psychiatrique de Montperrin) et une au centre Intercommunal Toulon-la Seyne ;
- 1 PASS régionale de référence, appuyée sur les deux pôles du CHU de Nice et à l'Hôpital de la Conception à Marseille ;
- 1 PASS en zone rurale (Puget-Théniers/Entrevaux).

Les deux CHU disposent également chacun d'une consultation dentaire spécifique PASS.

Dix PASS sont dotées d'un temps médical. Quatre sont dotées de temps médical, d'infirmière, d'assistante sociale et administratif. Douze sont uniquement dotées d'un temps d'assistante sociale, dont quatre à l'APHM (Marseille)

La région comporte dix **premiers accueils médicalisés** dont cinq dans les Alpes Maritimes. Ces structures jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la politique d'accès aux soins et aux droits des personnes démunies. Il s'agit par exemple des centres d'accueil, de soins er d'orientation (CASO) de Médecins du Monde.

5.3.2.2. Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Six équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) complètent le dispositif de politique d'accès aux soins des populations les plus précarisées. Elles sont situées à Cannes (avec une aire d'intervention concernant également Grasse), Toulon, Marseille (2), Aix en Provence (avec une aire d'intervention concernant également Salon de Provence), Martigues.

Sont dépourvus de ces différents dispositifs :

- Des cantons regroupés urbains identifiés vulnérables et en mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale (Le Luc, Bollène et Tarascon) ou en accroissement (Port St Louis du Rhône)
- Des cantons regroupés ruraux identifiés vulnérables et en mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale (Les Mées, Breil sur Roya, Saintes Maries de la mer, Orgon), ou en accroissement (Riez, Tende et Sault)

Le territoire de proximité d'Arles ne dispose que d'une PASS alors qu'il est un des territoires ayant les indicateurs socio-économiques les plus défavorables de la région. De même, il est à noter que Nice et Avignon sont dépourvues d'EMPP, alors qu'elles ont un nombre conséquent de personnes très précarisées.

27 point accueil écoute jeunes PAEJ sont répartis de manière hétérogène sur la région. Alors que les textes préconisaient des implantations dans "les quartiers d'habitat social milieu périurbain ou semi-rural, aux fins de contacter les jeunes isolés ou restés hors champ des dispositifs de droit commun", les structures sont concentrées dans les zones urbaines côtières, de Menton à Cannes, à Toulon et à La Seyne et sont réparties dans l'ensemble du département des Bouches du Rhône.

L'évaluation menée par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale en 2011 souligne que le département des Bouches du Rhône est approximativement couvert, alors que l'est côtier et l'arrière pays du Var sont totalement dépourvus.

De même, le département du Vaucluse n'en a que deux (Carpentras et Valréas), alors qu'il est le deuxième département de la région avec la plus forte proportion de jeunes de 10 à 25 ans (+ de 18%), derrière les Bouches du Rhône (+19%)

5.3.3 Les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité

5.3.3.1. Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)

La loi du 18 janvier 1994 a confié au service public hospitalier la prise en charge des personnes détenues, qui étaient assurée auparavant par l'administration pénitentiaire.

Il y a une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans chacun des douze établissements pénitentiaires de la région. Au-delà de l'implantation, il serait indispensable d'analyser les activités menées par chacune de ces unités. En particulier, il est à souligner que l'activité de soins dentaires est à développer dans les établissements de l'ouest des Bouches du Rhône.

5.3.3.2. Les lits halte soins santé (LHSS)

Selon les dispositions de l'article D.312-176-1 du code de l'action sociale et des familles, « les structures dénommées "lits halte soins santé", mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, assurent, sans interruption, des prestations de soins, d'hébergement temporaire et d'accompagnement social. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée. Les bénéficiaires de ces prestations sont des personnes sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire et un accompagnement social. » En l'absence de domicile, les lits halte soins santé permettent à ces personnes de «garder la chambre», de recevoir les soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

	Capacités Autorisées
Alpes de Haute Provence	4
Hautes Alpes	0
Alpes-Maritimes	40
Bouches-du-Rhône	55
Var	9
Vaucluse	7
PACA	191
France Métropolitaine	

Source SROSM

6. Objectifs du PRAPS 2011-2016

A l'issu de la concertation régionale organisée au cours des mois de septembre à octobre 2011, pour l'élaboration du PRAPS, cinq objectifs ont été retenus :

- **Fiche Action n° 1 : Améliorer la connaissance**
- **Fiche Action n° 2 : Mettre en place un travail intersectoriel et partenarial**
- **Fiche Action n° 3 : Former et sensibiliser les professionnels**
- **Fiche Action n° 4 : Favoriser l'accessibilité**
- **Fiche Action n° 5 : Agir avec et pour les populations démunies**

PRAPS
FICHE ACTION n°1

« Améliorer la connaissance »

Plan d'action 1

1.1. Définir un indicateur de défavorisation

A partir d'indicateurs disponibles en routine, (domaine sanitaire, social, environnemental, socio économique) il est absolument nécessaire, en mobilisant l'ensemble des partenaires concernés, de construire un indicateur synthétique de défavorisation, à une échelle des arrondissements, voire des quartiers des plus grandes villes de la région. Cet indicateur permettra de mieux rendre compte des inégalités sociales de santé et de mieux mesurer et afficher la fragilité de certains territoires.

Pilotage ARS/DRJSCS

1.2. Améliorer la connaissance des comportements et besoins des populations démunies

✓ Documenter le parcours de soins des personnes en situation précaire et atteintes de maladie chronique, en prenant le diabète de type II comme maladie traceuse (développé dans le programme maladies chroniques).

Pilotage ARS Plan d'action maladies chroniques

✓ Mettre en place des protocoles de repérage des populations précaires dans les établissements de santé, plus particulièrement dans les services d'urgences en lien avec les PASS.

Pilotage ARS/Etablissements de santé

✓ Exploiter les résultats de l'expérimentation Saint-Mauront Belle de Mai (enfants en situation de précarité).

Pilotage ARS/Préfet délégué pour l'égalité des chances des Bouches-du-Rhône

✓ En lien avec la DRJSCS, mieux connaître le nombre de personnes sans domicile (domiciliation, SDF et sans domicile stable) et leurs caractéristiques afin d'évaluer les besoins et les réponses à apporter. Réaliser une cartographie des maraudes pour en analyser l'organisation territoriale.

Pilotage ARS/DRJSCS

1.3. Harmoniser le recueil des données de dispositifs

✓ Harmoniser le recueil des données visant des publics en situation précaire ou de vulnérabilité (PASS, UCSA, LHSS) en assurer l'exploitation à des fins d'analyse des besoins et de veille.

Pilotage ARS/Etablissements de santé et médico-sociaux

1.4. Créer un outil de recensement des situations d'exclusion des soins

Pour faciliter la visibilité du refus de soins, élaborer avec l'assurance maladie, une fiche de liaison sur le refus de soins et destinée, aux associations et associations d'usagers, aux collectivités, aux différentes institutions concernées (DDCS, CG, ..) en vue de faciliter et d'harmoniser les remontées aux organismes de protection sociale.

Pilotage ARS/Organismes de protection sociale/URPS/Ordres professionnels

Indicateurs de suivi

- Réalisation de l'indicateur de défavorisation
- Elaboration de protocoles de repérage type
- Nombre de personnes sans domicile fixe par département

PRAPS
FICHE ACTION n°2

« Mettre en place un travail intersectoriel et partenarial »

Plan d'action 2

2.1. Développer des actions intersectorielles pour lutter contre les ISS

✓ Elaborer des politiques communes, avec les institutions dont les missions sont à même de contribuer à agir sur les déterminants ou les conséquences des inégalités sociales de santé (DRJSCS, Conseil Régional, Education Nationale, Conseils Généraux, DIRECCTE, DREAL, Collectivités, assurance maladie, URPS, associations d'usagers…).

Pilotage ARS

✓ Coordonner les actions en s'appuyant en particulier sur les instances de coordination des politiques publiques, des commissions de la CRSA.

Pilotage ARS et partenaires

✓ Développer des processus de contractualisation visant à animer ensemble des plans d'action (tels que la convention DRJSCS/ARS) et mettre en œuvre la convention DRJSCS/ARS.

Pilotage ARS et partenaires

2.2. Soutenir et développer une dynamique territoriale participative des acteurs

✓ Promouvoir dans les territoires prioritaires du PRAPS non éligibles à la création d'un ASV (ex. territoire rural) une dynamique participative aux fins d'établir une politique d'accès à la prévention et à la santé, en associant la population, les élus, l'ensemble des institutions concernées, les associations et les professionnels de santé.

Pilotage ARS/collectivités territoriales

✓ Soutenir l'activité des ateliers Santé Ville (ASV) ou des démarches similaires, dans les territoires prioritaires. Définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir, pour certains, à des Contrats Locaux de Santé (CLS). Cette approche devra s'inscrire dans la durée, être coordonnée par les institutions partenaires et s'appuyer sur une animation territoriale. Elle visera des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie). Elle serait déclinée pour chacun des partenaires au niveau de mise en œuvre, qui est le sien.

Pilotage ARS /Préfet

✓ Soutenir l'ingénierie locale permettant de partager collectivement les difficultés rencontrées, de définir les contenus de formation, de favoriser la production d'outils communs, de faciliter l'interface entre les usagers et les professionnels, de centraliser le recueil des données.

Pilotage ARS

2.3. Renforcer la collaboration entre les intervenants en milieu pénitentiaire

✓ Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions, l'évaluation conjointe des actions de prévention

Pilotage ARS/Services Pénitentiaires/Justice

Indicateurs de suivi

- Nombre de démarches participatives initiées
- Nombre de CLS mis en œuvre
- Nombre de plan d'actions communs aux différentes institutions

PRAPS
FICHE ACTION n°3

« Former et sensibiliser les professionnels »

Plan d'action 3

3.1 Assurer la formation des agents d'accueil dans les établissements de santé

✓ Former les agents d'accueil des PASS, des services d'urgence, des maternités et des maisons de santé pluri professionnelles à la prise en charge des patients et des personnes en situation de précarité et à la lutte contre les discriminations. Diffuser les protocoles correspondants (CMUC, AME, ACS..)

✓ Inscrire cette formation dans la plan de formation des établissements (projet d'établissement), ainsi que dans leur CPOM

Pilotage ARS/Etablissements de santé

3.2. Favoriser l'accès à des formations interdisciplinaires

3.2.1 Sensibiliser les professionnels de santé

(y compris les UCSA) à l'approche de la précarité. Développer un partenariat avec les URPS et l'Assurance maladie

Pilotage ARS/URPS/Assurance maladie

3.2.2 Favoriser les formations/sensibilisations pluridisciplinaires

✓ Un des objectifs du PRIPI piloté par la DRJSCS est de mettre en œuvre des sessions de formation (connaissance sociale du public, spécificités techniques propres aux opérateurs) à destination des personnels des institutions (CAF, MSA, caisses de retraite, bailleurs sociaux) et des associations directement en contact avec les migrants âgés (hommes et femmes)

✓ Favoriser les formations du social et de la justice à l'approche de la précarité

Pilotage DRJSCS/ARS

3.2.3 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.

Pilotage ARS

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.

Pilotage ARS

3.3. Insérer dans les programmes de formation initiale des professionnels des éléments sur la connaissance des problématiques des publics précaires

3.3.1. Intervenir auprès des Facultés, des IFSI, des écoles d'aide soignant

Facultés de médecine, pharmacie et odontologie de la région et des écoles d'infirmiers, et d'aide soignant, pour l'insertion d'un module précarité et soins dans le cursus des études médicales et paramédicales.

Pilotage ARS/Conseil Régional/Universités

3.3.2. Intervenir au cours de la formation des travailleurs sociaux

pour renforcer le module précarité, informer de l'ensemble des dispositifs et droits sociaux existants.

Pilotage DRJSCS

Indicateurs de suivi

- Nombre et type de formations organisées
- Nombre et catégorie professionnelle des participants formés
- Inscription de la formation des agents d'accueil dans le plan de formation des établissements de santé
- Inscription d'un module de précarité dans la formation initiale des professions sanitaires et sociales

PRAPS
FICHE ACTION n°4

« Favoriser l'accessibilité »

Plan d'action 4 -1 « Favoriser l'accessibilité à l'information »

Promouvoir la diffusion des annuaires du sanitaire et du social

4.1.1. Sur l'accès aux droits

- ✓ Rendre accessible l'information sur l'accès aux droits, en fonction des publics, auxquels ils peuvent s'adresser : communiquer de manière adaptée auprès des différents publics (traductions, pictogrammes, informations collectives ou individuelles…), et plus particulièrement pour les bénéficiaires potentiels de l'ACS ;
- ✓ Actualiser et diffuser la charte sur les droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUC (dans la continuité d'un travail entrepris dans le cadre du PRAPS III) ;
- ✓ Informer les bénéficiaires sur leurs droits à l'ACS, AME, et CMUC sur leurs lieux de vie ou de consultation ; inciter à déclarer un médecin traitant ;
- ✓ Créer une e-newsletter à l'adresse des travailleurs sociaux et des associations travaillant avec ces publics. Les informer des différents dispositifs et droits existants en la mettant à jour régulièrement ;
- ✓ Élargir la mise en place d'une boîte mél dédiée à la précarité au sein des CPAM et autres organismes de sécurité sociale ;
- ✓ Favoriser l'implication des Groupes d'Entraide Mutuelle, dans le processus de réflexion et de décision.

Pilotage ARS/Organismes de protection sociale

4.1.2. Sur l'accès à la prévention

- ✓ Favoriser l'accès aux outils de prévention y compris en milieu pénitentiaire (Actions de mise à disposition des outils) ;
- ✓ Réactiver l'information autour du traitement post-exposition (traitement d'urgence), y compris de l'information concrète (mesure 3 du Plan VIH Hépatites).

Pilotage ARS/Services Pénitentiaires

4.1.3. Sur l'accès aux soins

- ✓ Améliorer la visibilité des PASS (Signalétique dans les établissements de santé) ;
- ✓ Communiquer sur les missions des PASS en interne et en externe ;
- ✓ Promouvoir la diffusion d'un document de signalement de refus de soins et de dépassements d'honoraires aux travailleurs sociaux ;
- ✓ Développer l'information sur le système conventionnel (secteurs 1 et 2) pour permettre aux assurés de mieux s'orienter dans le système de soins.

Pilotage ARS/Etablissements de santé/Assurance Maladie/Mutuelles

Indicateurs de suivi

- La création d’une boîte mél précarité et d’une newsletter
- Nombre et type d’actions d’information sur les territoires cibles
- En année n, création de la fiche type CMU-C, ACS, AME
- En année n+1, enquête de connaissance et d’utilisation de la fiche

PRAPS
FICHE ACTION n°4

« Favoriser l'accessibilité »

Plan d'action 4 - 2 « Favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins »

Parmi les difficultés d'accès aux soins et à la prévention, figurent l'inégale densité géographique de l'offre de soins – hospitalière et ambulatoire -, et des transports inadaptés pour compenser l'éloignement.

4.2.1. Favoriser l'accessibilité physique

✓ Favoriser la négociation avec les collectivités locales et territoriales, les communautés d'agglomération, les institutions et les transporteurs pour faciliter l'accès aux transports (ex. mise en place d'un système pour éviter de faire l'avance de frais de déplacement pour les personnes se rendant à un centre de dépistage ou un centre d'examen de santé).

✓

Pilotage ARS/Collectivités territoriales/Assurance Maladie

4.2.2. Rendre effectif l'accès aux droits

✓ Optimiser le fonctionnement des PASS dans leurs missions d'accès aux droits par l'accompagnement des personnes dans leurs démarches administratives.

Pilotage ARS/Etablissements de santé

✓ Veiller à faciliter les domiciliations des personnes sans abri, lever les dysfonctionnements résiduels, améliorer la répartition territoriale
.

Pilotage ARS/DDCS

✓ Faciliter l'ouverture des droits et l'aide aux démarches administratives par un partenariat renforcé avec les organismes de protection sociale :

- Désigner un référent précarité au sein des organismes de protection sociale
- Encourager la création d'un forum précarité au sein des caisses
- Élaborer et diffuser une fiche type CMU-C, ACS, AME pour les dossiers d'affiliation
- Améliorer le traitement des situations d'urgence pour éviter les ruptures de droit
- Suivre l'expérimentation de la mise en place de délivrance en structure d'accueil de la notification d'attribution de la CMU-C d'urgence développée par la CPAM 13 et en étudier sa généralisation.

Pilotage ARS/Organismes de protection sociale

✓ Élaborer une convention cadre entre les établissements pénitentiaires et les CPAM de rattachement afin d'améliorer l'effectivité des droits des personnes détenues (désignation de référents assurance maladie) (Action 15.1 du Plan National 2010-2014)

✓ Prévenir le risque de rupture de droit à la sortie de prison en rendant possible le maintien d'affiliation à la caisse de rattachement de l'établissement pénitentiaire pendant un an (Action 14.2 du Plan National stratégique des personnes placées sous main de justice 2010-2014)

✓ Clarifier les modalités d'accès aux soins de ville (couverture de base et couverture complémentaire) des personnes en aménagement de peine (Action 14.1 du Plan National 2010-2014).

Pilotage Services pénitentiaires/Assurance Maladie

4.2.3. Veiller à l'accessibilité réelle et à la continuité des soins

4.2.3.1. Améliorer le fonctionnement des PASS

- Veiller à la mise en œuvre des Recommandations de l'évaluation régionale des PASS de 2009 en réalisant une évaluation sur site des PASS de la région
- Réactiver la PASS régionale qui doit assurer la coordination et être force de proposition auprès de l'ensemble des PASS de la région
- Réactiver les Comités de pilotage des PASS
- Renforcer et développer des PASS psychiatriques et les consultations dentaires
- Adapter les modalités d'accueil aux spécificités des publics pris en charge
- Renforcer le rôle d'interface des PASS notamment dans les liens ville hôpital

Pilotage ARS/Etablissements de santé

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

✓ 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 (développé dans le SROS ambulatoire).

✓ 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).

✓ Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins (Application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 MILDT) - Actions déjà engagées dans le cadre du schéma d'addictologie transversal (juillet 2010), maintenir et poursuivre la transversalité avec le SROS et le SROMS

✓ 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 (CMPP) 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)

✓ Mobiliser les réseaux de santé pour la prise en charge des personnes démunies

✓ Veiller à ce que les personnes démunies soient intégrées dans les programmes d'éducation thérapeutique sur des pathologies et des territoires définis comme prioritaires dans la région.

Pilotage ARS

✓ Veiller à la mise en place au sein des établissements pénitentiaires d'une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie des personnes détenues.

✓ Développer des interfaces entre le milieu carcéral et les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP).

✓ Soutenir les personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont les personnes atteintes d'hépatites virales et du VIH/Sida : repérage précoce lors de la visite entrant, amélioration de

l'observance, mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, continuité des soins à la sortie, adaptation des programmes à cette population, formation des soignants. (Action 5.8 Plan VIH /SIDA/IST)

✓ S'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure corrective (Action 5.7 du Plan stratégique).

Pilotage ServicesPénitentiaires /Etablissements de santé

✓ Créer des dispositifs d'accès aux soins bucco-dentaires des précaires

Pilotage ARS

✓ Créer un accompagnement social et des actions d'accès aux soins permettant d'agir sur les déterminants de santé des personnes retraitées les plus fragiles (réunions d'information pour les nouveaux bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) sur les droits et l'accès aux soins, parcours attentionné pour les retraités fragiles en situation de précarité - aide au retour après hospitalisation).

Pilotage CARSAT

4.2.3.3. Améliorer la prise en charge médico-sociale dans le cadre du parcours de soins

✓ Renforcer les liens des accueils de jour avec les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) à venir.

✓ Prévoir les modalités de sortie des LHSS ou LAM vers les hébergements adaptés.

✓ Envisager l'intervention des Centres de Soins et d'Accompagnement de Prévention en Addictologie (CSAPA) dans les lieux de vie des personnes démunies (CHRS, ou autre …) dans le cadre des consultations de proximité.

Pilotage ARS

4.2.3.4. . 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.

Pilotage ARS

✓ Soutenir des initiatives visant à renforcer le lien santé social

Pilotage ARS/DDCS

4.2.3.5. Lutter contre les refus de soins

✓ Favoriser le signalement des situations de dépassement d'honoraires et de refus de soins par les associations de proximité des personnes les plus précaires (réglementation relative aux refus de soins Art. 54 de la Loi HPST).

✓ Veiller au suivi des signalements en collaboration avec l'assurance maladie, les Ordres professionnels, les URPS ;

✓ Travailler avec les mutuelles et les URPS pour la mise en place du tiers payant de la part complémentaire.

Pilotage ARS

Indicateurs de suivi

- Désignation d’un référent précarité
- Signature d’une convention cadre Assurance Maladie
- Augmentation du taux de renoncement
- Nombre de réseaux santé précarité des personnes sans chez soi

PRAPS
FICHE ACTION n°5

« Agir avec et pour les populations démunies »

Plan d'action 5

5.1. Soutenir et favoriser les actions d'accompagnement des publics en précarité

5.1.1. Promouvoir l'accompagnement en santé, levier majeur pour l'insertion, permettant en co-construction avec l'usager, de faire émerger ses besoins de santé et d'améliorer cette dernière

5.1.2. Soutenir les actions de médiation en santé publique (ex. médiation culturelle)

✓ Mise en place de mesures d'accompagnement individualisé et de médiation (dans un projet global d'accompagnement), accompagner les personnes dans l'accès aux soins par les travailleurs sociaux, les associations travaillant avec les publics démunis, des médiateurs en santé, des travailleurs pairs….

✓ Travailler la problématique de l'interprétariat dont le coût reste élevé pour les associations. Assurer aux structures la possibilité d'un recours simple à des interprètes professionnels dans le respect de la confidentialité.

Pilotage ARS/DRJSCS

5.2. Favoriser des démarches de santé communautaire

✓ Développer des actions de santé communautaire,
- Permettre l'expression des problèmes de santé individuels ou collectifs (personnes relais issues de la communauté, lieux d'expression…).
- Promouvoir les programmes de dépistage de certaines pathologies en tenant compte du mode de vie des populations et en prenant en compte les problèmes de santé spécifiques.

Pilotage ARS

5.3. Agir au plus près des publics

✓ Maintien d'actions de prévention au plus près des publics en utilisant les structures et services existants.

✓ 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…).

✓ Inscrire dans les centres de premier accueil pour les étrangers précaires, la problématique santé VIH/SIDA/IST/migrants dans les actions de prévention conduites (Action M4 plan national VIH/SIDA/IST).

Pilotage ARS

5.4. Développer les compétences psychosociales des publics concernés

✓ Actions visant à développer les compétences psychosociales des personnes en priorité hébergées en CHRS ou en accueil de jour : développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences psychosociales) aux personnes les plus démunies.

Pilotage ARS

5.5. Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé

✓ Renforcer les actions d'information et de sensibilisation des familles et des enfants occupant des logements insalubres.

✓ Développer des actions de proximité en matière d'alimentation et d'activité physique en utilisant les référentiels du PNNS (amélioration de la qualité nutritionnelle de l'aide alimentaire, sessions régionales de formation pour les salariés et les bénévoles de l'aide alimentaire, ateliers cuisine, développement de jardins familiaux collectifs….)

✓ Renforcer les actions de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. Favoriser le dépistage du VIH des IST et des l'hépatites virales B et C, et de la tuberculose.

- Accompagner les détenus au dépistage du VIH, des hépatites et des IST et la vaccination hépatite B à l'entrée et pendant la détention
- Mettre en œuvre le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention

✓ Développer des actions d'aide à l'arrêt du tabac par les médecins généralistes (Prise en charge des médicaments de sevrage du tabac à hauteur de 150 € par la CNAMTS).

✓ Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations ayant des comportements à risque : migrants, personnes qui se prostituent, détenus, personnes sans chez soi..

✓ Renforcer l'appropriation des stratégies de prévention pour les femmes migrantes.

✓ Améliorer auprès des personnes détenues la prévention des risques liés à la sexualité et réunir les conditions du maintien d'une vie affective et sexuelle (Action 5.7 du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 – Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice)

✓ Renforcer la collaboration entre les intervenants en milieu pénitentiaire afin d'améliorer l'efficacité des interventions, évaluation conjointe des actions de prévention.

Pilotage ARS

5.6. Développer des actions de réduction des risques chez les usagers de produits psycho actifs

✓ Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral, la région PACA a fait partie de l'enquête PREVACAR (état des lieux des mesures de RDR en prison et recommandations pour leur mise en œuvre).

✓ Renforcer et développer les actions de réduction des risques chez les usagers de produits psycho actifs.

Pilotage ARS

Indicateurs de suivi

- Réduire la consommation de tabac de 5% par an pendant 5 ans en facilitant l'accès au sevrage tabagique pour les plus précaires

- Réduire de 30% en 5 ans le pourcentage des 18-75 ans en situation d'insécurité alimentaire quantitative.

- Nombre et type de mesures d’accompagnement mises en place

- Nombre et types d’actions communautaires développées

- Nombre et types d’actions de prévention mises en œuvre en milieu carcéral

7. Pilotage, suivi et évaluation du PRAPS

7.1 Pilotage du PRAPS

Une équipe projet restreinte a été désignée pour l'élaboration et le suivi du PRAPS .

Le PRAPS étant porteur d'enjeux de transversalité au sein comme auprès des partenaires de l'ARS, son élaboration s'est appuyée sur une large concertation régionale organisée au cours des mois de septembre à octobre 2011.

Cette concertation visait à associer des représentants :

- des trois secteurs couverts par le programme, au sein comme en dehors de l'ARS : prévention, soin, médico-social ;
- des organismes, institutions, administrations, associations participant à la politique de santé : services de l'Etat (DDCS, DRJSCS, DIRECCTE, Rectorats, DRAAF, DREAL, DIRPJJ, Services pénitentiaires, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité …), CRSA, collectivités territoriales (conseil régional, conseils généraux, PMI, communes), CCAS, Ateliers Santé Ville, Missions locales, Organismes de sécurité sociale (CARSAT, CPAM, MSA, RSI), Mutuelles, EMPP, PASS, associations des secteurs sanitaires et sociaux, centres de ressources, professionnels sanitaires et sociaux…
- des usagers.

Un comité de pilotage en vue de la rédaction du PRAPS a été constitué avec ces différents représentants. Trois groupes techniques ont été mis en place : accès aux droits, accès aux soins, accès à la prévention et accompagnement médico-social (leur composition figure en annexe 3). Ils avaient pour mission de définir les difficultés pour les personnes les plus démunies, d'accéder aux dispositifs et structures dans la région et de fixer les objectifs du PRAPS.

L'ARS pilotera la mise en œuvre du PRAPS, il s'agira :

- d'assurer la déclinaison du programme conformément aux objectifs énoncés et d'accompagner sa mise en œuvre sur les territoires,
- d'être l'interface et l'articulation avec les autres plans d'actions, programmes de santé, et dispositifs locaux,
- d'assurer la coordination institutionnelle,
- de mobiliser les compétences et les moyens financiers (appels d'offres notamment) ;
- d'organiser le suivi et l'évaluation du programme

7.2 Suivi du programme

Pour le suivi du PRAPS, l'ARS s'appuiera sur le comité de pilotage et les groupes de travail constitués lors de l'élaboration du programme.

Les instances de concertation et de coordination seront également associées : CRSA, commissions de coordination des politiques publiques.(prévention et médico-sociale)

7.3 L'évaluation du programme

L'évaluation du programme en lui-même est une opération de connaissances plus complexe, qui nécessitera d'appréhender à la fois les résultats du programme, mais aussi les processus de réalisation qui ont conduit ou non à l'atteinte des résultats.

L'objet de l'évaluation pourra ainsi tout à la fois porter sur la pertinence des objectifs initiaux au regard des diagnostics, son pilotage, sa capacité à mobiliser les partenaires, sa visibilité, son articulation et la cohérence avec d'autres programmes et dispositifs, les éventuels effets leviers des financements.

L'évaluation devra aussi porter sur un échantillon d'actions développées sur les territoires pour repérer les bonnes pratiques et la prise en compte des ISS dans la méthodologie de construction du projet.

Il est nécessaire par ailleurs que l'exercice d'évaluation soit distinct de l'exercice de maîtrise d'ouvrage. Il est proposé qu'un comité d'évaluation indépendant, constitué de l'ensemble des parties prenantes (élus, décideurs, acteurs de terrain, experts, usagers) du programme soit constitué par exemple à mi-parcours du programme. Il aura la charge de déterminer le champ des questions évaluatives et de porter une appréciation générale sur la valeur du programme et ses effets.

En fonction des moyens alloués au programme, une évaluation externe du PRAPS pourra être envisagée, afin de procéder à certains réajustements des objectifs.

ANNEXES

Annexe 1 : 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"[19]. Selon l'ONPES[20], 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) médian[21]
- 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."[22]
Elle s'exprime par des situations financières, sociales ou matérielles difficiles. "..les personnes concernées sont plus souvent que la population générale issues de milieux défavorisées 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 dés l'enfance (décès de proches, ruptures, violence…), de pertes d'emploi voire de logement, de problèmes d'isolement ou d'intégration."[23]

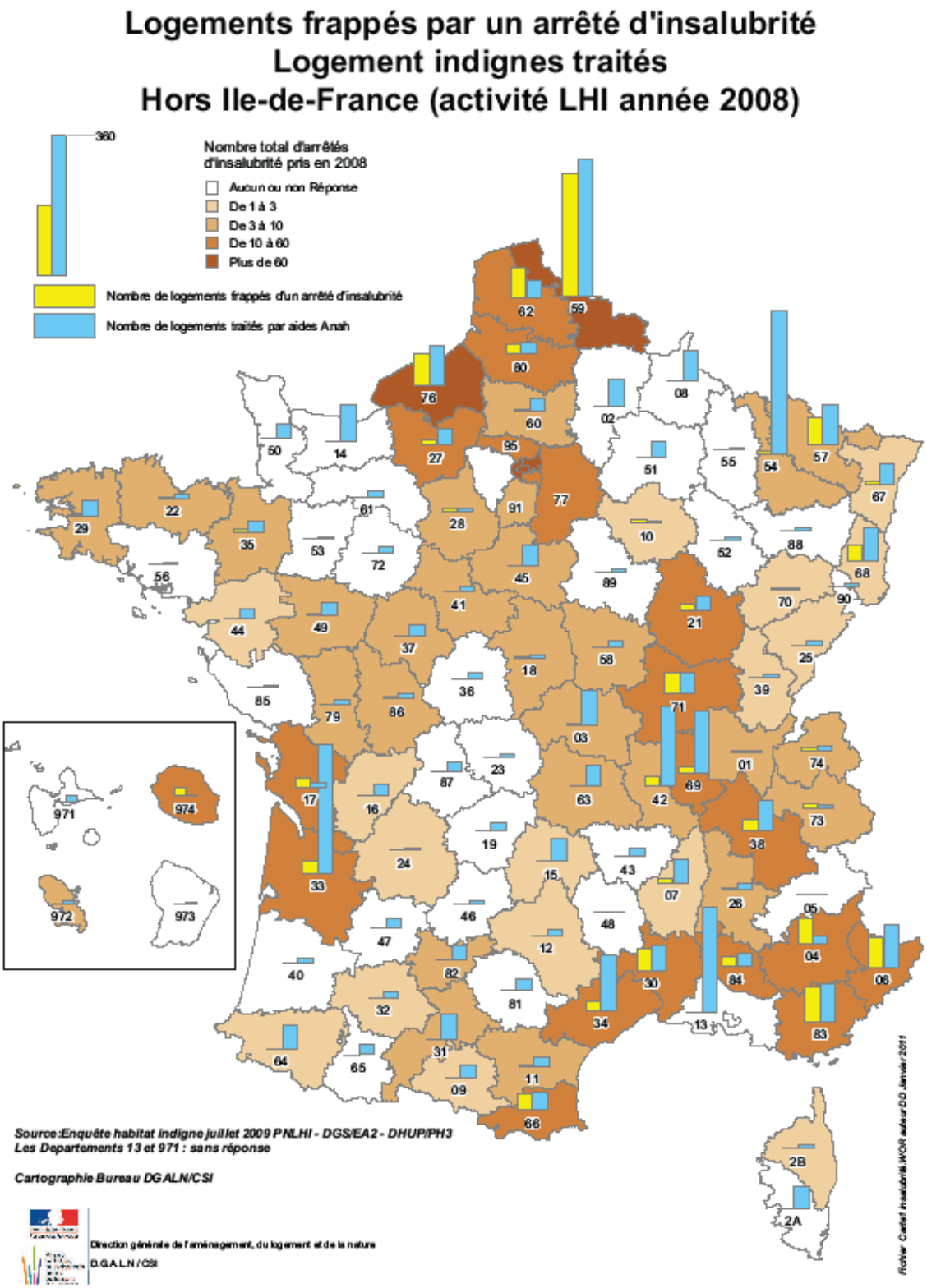
---

[19] Conseil des Ministres européen du 19 décembre 1984
[20] Rapport 2005-2006 de l'Observatoire Nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) p.16
[21] Eurostat privilégie le seuil de 60 % du niveau de vie médian
[22] J.WRESINSKI. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale.*
Paris, Journal Officiel, 1987, p 14. (Avis et Rapports du C.E.S, n°6, 28 fév. 1987).
[23] 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.101-126

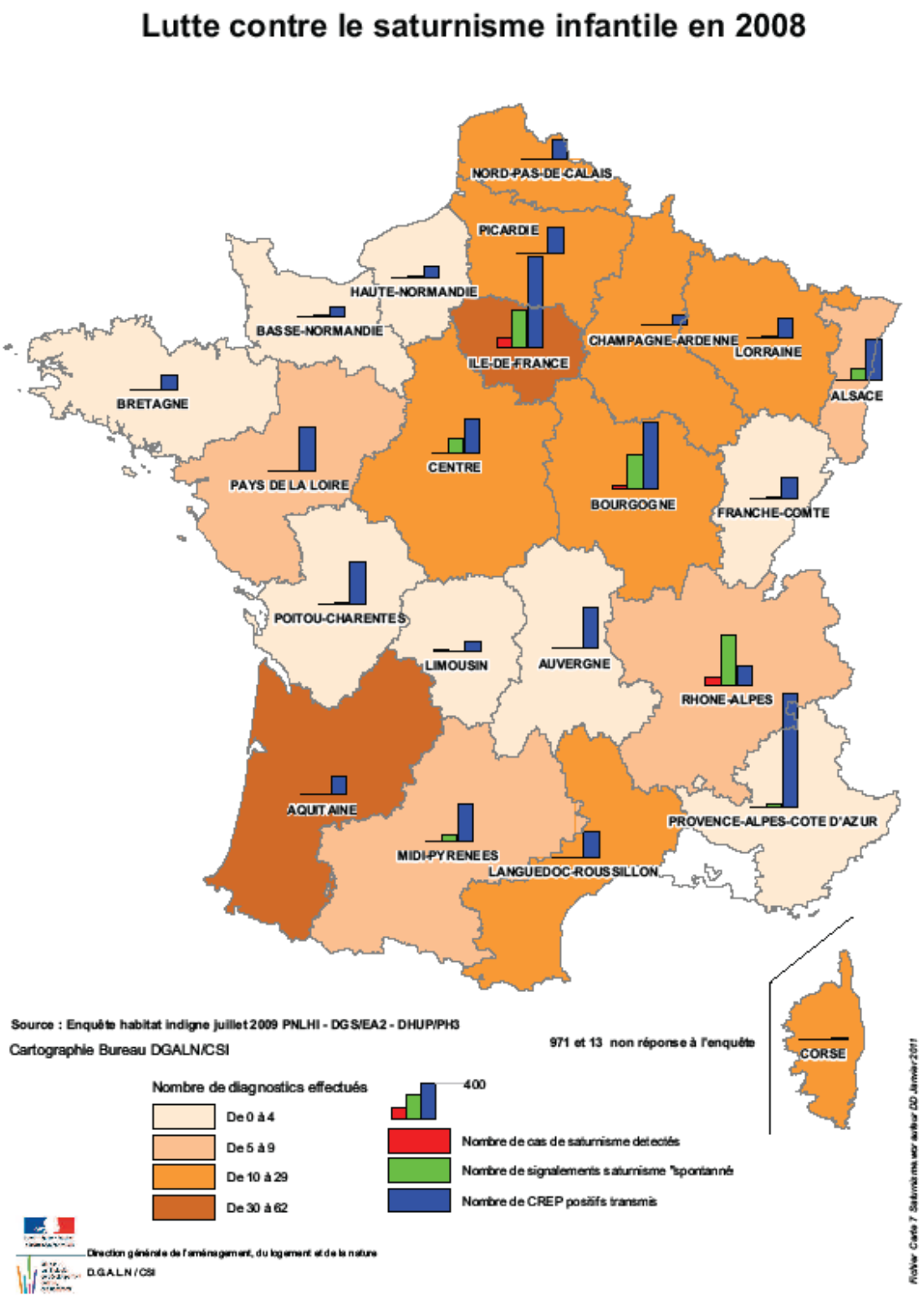
Exclusion

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 Pr Parquet invite dans son rapport à réintroduire les personnes comme sujets de l'exclusion.

Annexe 2


Logements frappés par un arrêté d'insalubrité
Logement indignes traités
Hors Ile-de-France (activité LHI année 2008)
360
Nombre total d'arrêtés d'insalubrité pris en 2008
Aucun ou non Réponse
De 1 à 3
De 3 à 10
De 10 à 60
Plus de 60
Nombre de logements frappés d'un arrêté d'insalubrité
Nombre de logements traités par aides Anah
Source:Enquête habitat indigne juillet 2009 PNLHI - DGS/EA2 - DHUP/PH3
Les Departements 13 et 971 : sans réponse
Cartographie Bureau DGALN/CSI
Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
D.G.A.L.N / CSI

Annexe 2


Lutte contre le saturnisme infantile en 2008
NORD-PAS-DE-CALAIS
PICARDIE
HAUTE-NORMANDIE
BASSE-NORMANDIE
ILE-DE-FRANCE
CHAMPAGNE-ARDENNE
LORRAINE
ALSACE
BRETAGNE
PAYS DE LA LOIRE
CENTRE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTE
POITOU-CHARENTES
LIMOUSIN
AUVERGNE
RHONE-ALPES
AQUITAINE
MIDI-PYRENEES
LANGUEDOC-ROUSSILLON
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR
CORSE
Source : Enquête habitat indigne juillet 2009 PNLHI - DGS/EA2 - DHUP/PH3
Cartographie Bureau DGALN/CSI
971 et 13 non réponse à l'enquête
Nombre de diagnostics effectués
De 0 à 4
De 5 à 9
De 10 à 29
De 30 à 62
400
Nombre de cas de saturnisme detectés
Nombre de signalements saturnisme "spontanné
Nombre de CREP positifs transmis
Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
D.G.A.L.N / CSI

Annexe 3

Equipe projet restreinte pour l'élaboration du PRAPS :

Les trois pilotes du PRAPS Marie Cécile Marcellesi – Jasmine Moretti - Zahia Bédrani et Olivier Pontal

Composition des groupes de travail

Groupe de travail *Accès aux droits*	Groupe de travail Accès aux soins / Prise en charge médicale et sociale	Groupe de travail Prévention / Promotion de la santé et Accompagnement médico-social
Raphaële VERDIER (ASV Marseille centre)	Didier FEBVREL (Ville de Marseille)	Didier FEBVREL (Ville de Marseille)
José GARCIA (Promo Soins)	Nathalie MOLAS-GALI (ARS DT 13)	Nathalie MOLAS-GALI (ARS DT 13)
Line BERARD (DRJSC)	Line BERARD (DRJSC)	Sylvie GONDRE (ARS DT 05)
Catherine MILLION (CG 05)	Agnès GILLINO ; Patrick BARCAROLI (Médecins du Monde de Nice)	Nathalie TAY (CPCAM 13)
Cendrine LABAUME ; Céline BARRIER (Médecins du Monde Marseille)	Cendrine LABAUME ; Céline BARRIER (Médecins du Monde Marseille)	Sarah VERNIER (CRES PACA)
Geoffrey COUSIN (AIDES Marseille)	Laurence DERONT (ASV Valbonne)	Geoffrey COUSIN (AIDES Marseille)
Jean-Christophe MATTEÏ (AIDES RAM)	Jean-Christophe MATTEÏ (AIDES RAM)	Claire MASDURAND (ASV Vallauris)
Audrey BARILE (Direction Services Pénitentiaires)	Jean-Régis PLOTON (Autres Regards)	Jean-Régis PLOTON (Autres Regards)
Marjorie MAILLAND (COREVIH PACA Corse)	Docteur Florence HENRY (CG 05)	Géraldine MEYER (URIOPSS)
Laurence DERONT (ASV Valbonne)	Isabelle PESCHET (ARS PACA)	Christel-Aurore MACHADO (CG 05)
Michèle ZOLLER (SGAR ; DRDFE)	Michèle ZOLLER (SGAR ; DRDFE)	Michèle ZOLLER (SGAR ; DRDFE)
Clotilde ODEYE (FNARS)	José GARCIA (Promo Soins)	Cyril AMIC (Mutualité Française PACA)
Christiane GIRAUD (URPS)	Docteur Joëlle MARTINAUX (Ville de Nice)	Laurence PERNICE (UCSA Toulon La Farlède)
Caroline ZANNONE-MARTY, Bruno PANABIERES (CPCAM 13)	Docteur Pierre Pascal VANDINI, docteur Vincent GIRARD (EMPP)	Isabelle GINESTE (Mission locale Jeunes Avignon)
Anne-Marie GAILHAGUET (DT 84)	Isabelle LEDERNEZ (Réseau Santé Précarité ; ASV Antibes)	Brigitte FASSANARO (DDCS 13)
Anna ZAQUIN (DDCS 13)	Brigitte FASSANARO (DDCS 13)	Emmanuel GUICHARD (Association régionale des Missions locales)
L. MARTINET ; G. PRETELLI (CCAS de Marseille)	Julia MASSON (OSIRIS)	Anne Dominique Piney (Justice)
S. BEKEIRA, Virginie VENTRE (AMPIL)	Cécile DE BIDERAN ; Elisabeth FOUET (DDCS du Var)	Cécile DE BIDERAN ; Elisabeth FOUET (DDCS du Var)
Cécile DE BIDERAN ; Elisabeth FOUET (DDCS du Var)	JC MATTEI (AIDES)	Claire DURAND (ASV Fréjus)
Brigitte FASSANARO (DDCS 13)	Noelle VAN DEN BOSCH (ARS DT 13)	Marjorie MAILLAND (COREVIH PACA Corse)
Myriam GARRASSIN (Mutuelles de France)		Sara GOY (DDCS 13)
Noelle VAN DEN BOSCH (ARS DT 13)		Noelle VAN DEN BOSCH (ARS DT 13)
		Mohamed MOUDINE (CG 05) ; Daniele BESSON (CG 05)

GLOSSAIRE

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
ASV	:	Atelier Santé Ville
CAARUD	:	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
CAF	:	Caisse d'Allocations Familiales
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
CHRS	:	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIADT	:	Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire
CIV	:	Comité Interministériel des Villes
CLS	:	Contrat Local de Santé
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
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
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 SocioProfessionnelle
CT	:	Collectivité Territoriale
CT	:	Conférence de Territoire
CUCS	:	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDASS	:	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIHAL	:	Délégation Interministérielle pour l'Hébergement et l'Accès au Logement des personnes sans-abri ou mal logées
DIRECCTE	:	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
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

EMPP	:	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
FTM	:	Foyer de Travailleurs Migrants
HPST	:	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IGAS	:	Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES	:	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ISS	:	Inégalités Sociales de Santé
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
LAM	:	Lit d'Accueil Médicalisé
LHSS	:	Lit Halte Soins Santé
MSA	:	Mutualité Sociale Agricole
MSP	:	Maison de Santé Pluri professionnelle
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONPES	:	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
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
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
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
RS	:	Résidence Sociale
RSI	:	Régime Social des Indépendants
SAMU	:	Service d'Aide Médicale Urgente
SAVS	:	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROMS	:	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	:	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRP	:	Schéma Régional de Prévention
URIOPSS	:	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URPS	:	Union Régionale des Professions de Santé
VIH	:	Virus d’Immunodéficience Humaine
ZUS	:	Zone Urbaine Sensible

PROGRAMME INTERDEPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SOMMAIRE

1 LE POSITIONNEMENT DU PRIAC AU SEIN DU PRS 3

2 LE FINANCEMENT DU PRIAC..... 3

3 L'ELABORATION DU NOUVEAU PRIAC 3

3.1 Volet Personnes âgées 4

3.1.1 Rappel du cadrage financier 2011 à 2013 4

3.1.2 Programmation PRIAC 2011 – 2012 : EHPAD – SSIAD – AJ - HT 5

3.1.3 Programmation PRIAC 2011 – 2012 : Plan Alzheimer 6

3.2 Volet Personnes en situation de handicap 8

3.2.1 Rappel du cadrage financier 2011 à 2013 8

3.2.2 Programmation PRIAC 2011 – 2012 9

1 Le positionnement du PRIAC au sein du PRS

En référence aux articles L1434 - du code de la santé publique et L312-5-1 du code de l'action sociale et des familles, le PRIAC constitue un des programmes obligatoire du PRS. Il est établi par le DGARS après consultation de la commission de coordination des politiques publique compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, du préfet de région et des collectivités territoriales.

Le PRIAC a vocation à programmer les actions et financements permettant la mise en œuvre de l'ensemble des objectifs du PRS qui sont déclinés opérationnellement dans le SROMS et qui concernent l'offre médico-sociale et les prestations délivrées auprès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Le PRIAC ne concerne pas les prestations à destination des publics à difficultés spécifiques.

Le PRIAC constitue l'outil de programmation financière et opérationnelle dans le cycle planification – autorisation et financement. Il dresse au niveau régional les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services ; toutefois, il garde une dimension interdépartementale dans la mesure où il concerne pour partie des prestations qui relèvent du champ de compétence partagée avec les conseils généraux.

2 Le financement du PRIAC

L'article L312-5-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit que le PRIAC comporte en annexe :

- pour l'année considérée, les dotations fixées en application de l'article L314-3 du code de l'action sociale et des familles,
- le cas échéant, au titre de l'une ou l'autre des deux années suivantes, les dotations fixées en application de l'article L314-3-4 du code de l'action sociale et des familles.

Le PRIAC est par conséquent un outil de programmation cadré par la notification annuelle des moyens financiers alloués par l'Etat et la CNSA.

Le PRIAC doit donc permettre une programmation en enveloppe fermée et contrainte dont le calendrier d'actualisation est un calendrier annuel glissant.

3 L'élaboration du nouveau PRIAC

L'élaboration du nouveau PRIAC est encadrée par la notification des enveloppes anticipées CNSA qui doivent permettre une visibilité pluriannuelle sur le champ des personnes âgées et personnes en situation de handicap.

A ce jour, l'instruction de la CNSA en date du 5 mai 2011 fixe le cadre de mise en œuvre de la campagne PA-PH 2011, avec pour indication :

- les enveloppes anticipées 2011, 2012, 2013 notifiées à la région dans le cadre des circulaires budgétaires 2009 et 2010,

- Les volumes financiers d'autorisation d'engagement pour les mesures du plan Alzheimer (PASA, UHR et ESA) auxquels se rajoutent dans le cadre de la circulaire du 17 mars 2011 et de l'instruction CNSA du 9 septembre 2011, le dispositif MAIA, la formation des aidants et les plateforme de répit et d'accompagnement.

Aucune enveloppe anticipée définitive pour les exercices 2012 et 2013 n'a été notifiée à ce jour à l'ARS en 2011, pas plus qu'une enveloppe anticipée 2014.

En l'absence de visibilité pluriannuelle sur les moyens financiers alloués par l'Etat et la CNSA, le présent document concerne la seule programmation 2011 – 2012. Cette programmation est établie sur la base du PRIAC 2010/2013 arrêté le 27 mai 2010 et ajustée au volume des autorisations d'engagement déterminé dans le cadre des enveloppes anticipées 2011 et 2012 notifiées en 2009 et 2010. La programmation 2011-2012 présentée dans ce document concerne essentiellement les actions relevant de projets d'ores et déjà autorisées.

Compte tenu des incertitudes qui pèsent sur l'enveloppe anticipée 2013, il n'est pas proposé de répartition ciblée sur des catégories de structure pour 2013.

Au regard des enveloppes anticipées définitives 2012/2014 qui seront notifiées à l'ARS, la révision du PRIAC visant à intégrer la programmation consolidée 2012 - 2015 donnera lieu alors à une concertation avec les Conseils Généraux et à une nouvelle consultation.

3.1 Volet Personnes âgées

3.1.1 Rappel du cadrage financier 2011 à 2013

Enveloppe anticipée 2011 : 5 519 179 €

Enveloppe anticipée 2012 : 6 700 798 €

Enveloppe anticipée 2013 : 725 690 €

L'instruction de la CNSA en date du 5 mai 2011 complète les autorisations d'engagement en 2011 pour les Accueils de Jour et les Hébergements temporaires à hauteur de 651 108 euros.

3.1.2 Programmation PRIAC 2011 – 2012 : EHPAD – SSIAD – AJ - HT

Autorisations d'engagement 2011 :

Enveloppe anticipée 2011		Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	PACA
EHPAD	Places			228	187		19	434
SSIAD	Places				70	50*		120
AJ	Places		2	51	14			67
HT	Places	2	3	51	21			77

*315 000 € ont été réservés pour le financement de 30 places de SSIAD personnes âgées sur le département du Var dans le cadre de la décision POSA/DROMS/SOO n°2011-002 du 18 mars fixant le calendrier prévisionnel des appels à projet médico-sociaux de compétence exclusive du directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour l'année 2011.

Autorisations d'engagement 2012 (en année pleine) :

Enveloppe anticipée 2012		Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	PACA
EHPAD	Places	2	64	297	379		14	756
	montants	19 200	614 400	1 488 000	3 638 400		134 400	7 257 600
SSIAD	Places				41	**43**		84
	montants				430 500	**451 500**		882 500
AJ	Places			31				31
	montants			338 086				338 086
HT	Places			6		2		8
	montants			63 600		21 200		84 800

***451 500€ sont réservés pour le lancement d'un appel à projet de 43 places de SSIAD personnes âgées* sur le département du VAR dans le cadre du calendrier prévisionnel des appels à projets à définir pour 2012.**

3.1.3 Programmation PRIAC 2011 – 2012 : Plan Alzheimer

Les axes prioritaires retenus dans la programmation 2011-2013 concerne le développement des plateformes de répit et d'accompagnement, des équipes spécialisées Alzheimer (ESA), des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) en EHPAD, des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ainsi que la formation des aidants.

Plateformes d'accompagnement et de répit

CIRCULAIRE N°DGCS/SD3A/2011/261 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012

Le plan Alzheimer a fixé comme objectif régional 16 plateformes, dont 8 en 2011 et 8 en 2012. La plateforme expérimentale fait partie des 8 dispositifs financés en 2011.
Le budget annuel alloué par plateforme est de 100 000€.
Au 2 novembre 2011, 12 plateformes de répit ont été notifiées. Un appel à candidature pour 4 nouvelles plateformes de répit sera lancé pour 2012 qui seront réparties de la façon suivante :

M1 : Plateforme de répit	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Notifiée en 2011	1	1	3	4	1	2	**12**
Programmation 2012	Objectif d'une couverture territoriale optimale						**4**

Formation des aidants

CIRCULAIRE N° DGCSDGCS/SD3A/2011/111 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer

L'objectif fixé pour la région correspond à l'organisation de 266 actions de formation.
Le budget alloué est de 1200€ par action de formation.
Au 2 novembre 2011, 95 actions de formation ont été notifiées. Un appel à candidature sera relancé prioritairement sur les territoires non ou peu couverts.

M2 : Formation des aidants	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Notifiée en 2011	0	0	0	78	2	15	**95**
Programmation 2012	Objectif d'une couverture territoriale optimale						**171**

Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD3A/DGOS/2011/12 du 13 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer

En 2011, trois dispositifs MAIA ont été financés, conformément aux objectifs fixés. Deux au titre des crédits CNSA et un, au titre des crédits FIQCS. Il existe d'autre part, la MAIA 13 expérimentale, qui rentre dans le dispositif de droit commun dès 2012.

Le budget alloué correspond à un financement de 100 000€ pour le poste de pilote/ frais généraux et de 60 000€ par gestionnaire de cas (3 maximum).

Les 4 MAIA existantes sont localisées dans les départements :

- des Bouches-du-Rhône : une à Salon ; une sur 2 arrondissements de Marseille,
- des Alpes Maritimes : une sur Antibes, une sur Nice-Grasse.

Les perspectives de programmation 2012 du dispositif MAIA ne peuvent être formulées à ce jour en l'absence de notification CNSA des nouvelles mesures MAIA 2012.

Equipes spécialisées Alzheimer

CIRCULAIRE N° ° DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à l a mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer

Le plan Alzheimer prévoit la mise en place de 53 équipes spécialisées en région :18 en 2010, 18 en 2011 et 17 en 2012.
Le fonctionnement de l'équipe spécialisée Alzheimer et les prestations réalisées sont financées sur la base d'un forfait de 150 000 euros par an.
Au 2 novembre 2011, 13 équipes ont été autorisées et 18 dossiers sont en cours d'instruction. Un appel à candidature ou appel à projet devrait être à nouveau organisé pour couvrir le solde restant pour atteindre l'objectif des 53 équipes d'ici fin 2012.

M6 : Equipes spécialisées Alzheimer	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Programmation PRIAC 2010/2011/2012	2	2	13	17	11	8	**53**
Notifiés			1	7	3	2	**13**
En cours d'instruction	1	1	3	8	2	3	**18**
Appel à candidature 2012 (fonction des résultats de l'instruction)	Objectif d'une couverture territoriale optimale						**22**

Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

CIRCULAIRE N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer, il est prévu la mise en place de 190 PASA (soit 63 unités de 14 places en 2010/2011/2012).

Sur ces 2 658 places de PASA, 572 sont labellisées au 2 novembre 2011 et 884 sont en cours d'instruction. Il n'existe pas de fenêtre spécifique de dépôt pour les PASA ; les demandes de labellisation sont étudiées au fur et à mesure.

M16 : PASA (places)	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Programmation PRIAC 2010/2011/2012	132	104	605	993	572	252	**2658**
Labellisés	132	102	42	122	136	38	**572**
En cours d'instruction	0	0	210	384	264	26	**884**
Appel à candidature 2012	Objectif d'une couverture territoriale optimale						**1202**

Unités d'Hébergement renforcées en EHPAD
CIRCULAIRE N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer

L'objectif fixé pour la région est de 13 UHR en EHPAD.

Au 2 novembre 2011, 7 UHR ont été labellisées. Les 6 UHR restantes sont d'ores et déjà identifiées et sont en cours d'instructions.

Il n'y a pas de nouvelle programmation prévue en 2011-2012, les objectifs quantitatifs du plan étant atteints.

M16 : UHR (places)	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
Programmation PRIAC 2010/2011/2012	1	1	3	5	2	1	13
Labellisés	1	1	1	1	2	1	7
En cours de notification			2	4			6

3.2 Volet Personnes en situation de handicap

3.2.1 Rappel du cadrage financier 2011 à 2013

Enveloppe anticipée 2011 : 6 891 981€

Enveloppe anticipée 2012 : 7 066 394€

Enveloppe anticipée 2013 : 6 107 130€

3.2.2 Programmation PRIAC 2011 – 2012

Autorisations d'engagements 2011 :

Secteur enfants	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
EEAP			3				**3**
IME				1			**1**
IEM		4					**4**
ITEP				9			**9**
SESSAD			15		47*		**32**
CAMSP	94 888€						

* 529 860€ sont réservés pour le financement de 30 places de SESSAD sur le département du Var dans le cadre de la décision POSA/DROMS/SOO n°2011-002 du 18 mars fixant le calendrier prévisionnel des appels à projet médico-sociaux de compétence exclusive du directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour l'année 2011.

Secteur adultes	Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
MAS		11		10	18		**39**
FAM			9	24			**33**
SAMSAH			15				**15**
Accueil temporaire			8				**8**
Médicalisation FV					8	17	**25**

Autorisations d'engagement 2012 (en année pleine) :

Secteur enfants		Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	PACA
IME Autisme	Places				11	10		21
	montants				563 772	513 319		1 077 091
ITEP	Places				9			9
	montants				442 224			442 224
SESSAD	Places	**10**				**25**		35
	montants	**176 620**				**441 550**		618 170

618 170 € sont réservés pour le lancement de deux appels à projet de SESSAD sur les départements des Alpes de Haute Provence et du Var dans le cadre du calendrier prévisionnel des appels à projets à définir pour 2012.

Secteur adultes		Alpes Hte Prov	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches Du Rhône	Var	Vaucluse	**PACA**
MAS	Places		14			20		**34**
	montants		968 478			1 881 767		**2 850 245**
FAM	Places	4		11	12	35		**62**
	montants	106 876		300 911	311 292	891 705		**1 610 784**
SSIAD	Places				17*		20*	**37**
	montants				236 062		277 720	**513 782**

*Les 20 places de SSIAD sur le département du Vaucluse et les 17 places de SSIAD sur le département des Bouches-du-Rhône relèvent d'un appel à projet lancé dans le cadre de la décision POSA/DROMS/SOO n°2011-002 du 18 mars fixant le calendrier prévisionnel des appels à projet médico-sociaux de compétence exclusive du directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour l'année 2011.

PROGRAMME REGIONAL

DE TELEMEDECINE

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SOMMAIRE

1 ENJEUX, OBJECTIFS ET BENEFICES ATTENDUS 3

1.1 Les enjeux pour le système de santé 3
1.2 Objectifs des usages de la télémédecine – Objectifs du PSRS 3
1.3 Les bénéfices attendus de la télémédecine 3
1.3.1 Bénéfices pour le patient 3
1.3.2 Bénéfices pour les professionnels de santé 4
1.3.3 Bénéfices pour les pouvoirs publics 4

2 CONTEXTE REGLEMENTAIRE 4

2.1 Télésanté 4
2.2 La télémédecine 5
2.3 Définition des actes de télémédecine 5
2.4 Modalités de réalisation des actes de télémédecine 6
2.5 Contraintes opérationnelles, continuité de la prise en charge 6
2.6 Organisation de l'activité de télémédecine 7
2.7 Financement des actes et de l'activité de télémédecine 8
2.7.1 La tarification des actes de télémédecine 8
2.7.2 L'organisation de l'activité de télémédecine 8
2.7.3 Focus sur le financement 2011 : 8

3 STRATEGIE DE DEPLOIEMENT DE LA TELEMEDECINE 9

3.1 Stratégie nationale 9
3.2 Stratégie régionale 9
3.2.1 Les orientations du Schéma Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS) 11
3.2.2 Organisation régionale 12

4 ANNEXES 19

Annexe 1 - Eléments constitutifs des dossiers projets Télémédecine 19
Annexe 2 – Fiche de suivi des projets en cours 20

5 GLOSSAIRE 21

1 Enjeux, objectifs et bénéfices attendus

1.1 Les enjeux pour le système de santé

La télémédecine est de nature à constituer un facteur clé d'amélioration de la performance de notre système de santé. Son usage dans les territoires constitue en effet une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (vieillissement de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies), démographiques (inégale répartition des professionnels sur le territoire national) et économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

1.2 Objectifs des usages de la télémédecine – Objectifs du PSRS

La promotion de ce nouveau mode d'exercice de la médecine poursuit 6 grands objectifs indissociables

- Améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, notamment dans les zones enclavées, isolées ou sous-denses.
- Impulser une meilleure coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire
- Mieux articuler les soins de proximité et le second recours pour notamment offrir une meilleure lisibilité et visibilité du parcours de santé.
- Favoriser un recours maîtrisé au système curatif en diminuant la fréquentation des services d'urgences, le recours aux dispositifs de permanence des soins, les hospitalisations inadéquates et les transports.
- Prendre en compte les besoins et attentes du patient, acteur à part entière de sa santé, en facilitant le maintien à domicile ou en établissement médico-social, des personnes en situation de perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques.
- Améliorer en toute sécurité le partage de l'information entre professionnels de santé

1.3 Les bénéfices attendus de la télémédecine

Les bénéfices attendus de la télémédecine doivent porter sur trois axes. L'axe « Patient », l'axe « Professionnel de Santé » et l'axe « Institutionnel »

1.3.1 Bénéfices pour le patient

- Apporter une réponse adaptée dès le début de la prise en charge
- Diminuer de la fréquence et de la durée des hospitalisations, des transports
- Améliorer le confort du patient (et de son entourage) qui se sent plus sécurisé par une meilleure prise en compte des ses besoins
- Favoriser une meilleure prise en charge (cf. téléimagerie, télésurveillance…)
- Amélioration de l'accès aux soins

1.3.2 Bénéfices pour les professionnels de santé

- Pallier l'isolement géographique d'une équipe
- Optimiser le temps médical et encourager les échanges médicaux
- Décloisonner les activités, renforcer les collaborations, Initier de nouvelles formes de partenariat entre professionnels de santé
- Attractivité de cette nouvelle organisation

1.3.3 Bénéfices pour les pouvoirs publics

- Un levier pour un meilleur aménagement du territoire de santé en lien avec les spécificités locales
- Optimiser la gestion des ressources
- Maitriser les dépenses
- Améliorer la coordination entre la prévention, les soins et le médico-social.

2 Contexte règlementaire

Si la télémédecine fait l'objet d'une définition par décret, la télésanté, elle, n'a pas de définition légale.

2.1 Télésanté

La définition qui sera retenue dans le programme régional de télémédecine s'appuie sur celle décrite dans le rapport parlementaire « ***La Télésanté : Un atout au service de notre bien être*** » remis au Ministre de la santé et des sports par le député P. Lasbordes le 15 octobre 2009.

« *La télésanté est l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales* »
(Rapport Lasbordes – 15 octobre 2009)

Le champ d'application de la télésanté est donc plus vaste que celui de la télémédecine. On peut énumérer de manière non exhaustive quelques applications de la télésanté :

(*Source : Rapport Lasbordes – 15 octobre 2009*)

la téléinformation : capacité à accéder à un portail grand public sur lequel les usagers/patients et les acteurs du monde médico-social pourront accéder à des informations de prévention et de recommandations sanitaires, à des alertes (situations de crise, épidémie), à des conseils et bonnes pratiques, à des annuaires, des guides d'accompagnement leur permettant d'identifier le point d'entrée qui correspond à leur problématique ;

la télévigilance : alerte, suivi et accueil téléphonique des personnes utilisant notamment des capteurs dynamiques de positionnement, de comportement, de fonctionnement d'organes vitaux ou d'appareils supplétifs et des outils de géolocalisation (par exemple pour les pathologies type Alzheimer) ;

le « télémonitoring » : enregistrement de divers paramètres physiologiques sur un patient et transmission aux professionnels concernés (médecins, sages-femmes, infirmières…) souvent dans le

cas de pathologies chroniques : enregistrement de la tension artérielle, surveillance des insuffisants respiratoires chroniques, surveillance des grossesses à risque ;
la télécollaboration : outils d'animation de communautés et de réseaux de santé, plates-formes collaboratives dédiées ;

le télémajordome : outils et offres de services permettant à distance de commander ou mettre en oeuvre des services d'accompagnement (restauration, aides à domicile…) notamment pour les maladies chroniques, les hospitalisations à domicile, les personnes handicapées… ;

la téléanimation : accès à une gamme d'outils interactifs (loisirs, messageries multimédia simplifiées, web conférences…) incitant les usagers/patients à conserver un lien social et un minimum d'activité physique et cérébrale (explosion très significative des « jeux électroniques » pour seniors ou expérimentations d'activités physiques assistées réalisées par des kinésithérapeutes dans le domaine de la réadaptation) ;

la téléformation : services de télécommunications synchrones ou asynchrones ; téléphonie, visioconférence, messagerie, forums, serveurs d'images. Ces services de formation à distance, s'adressant à des étudiants ou à des professionnels de santé, permettent l'accès à un savoir-faire ou à des connaissances, quelle que soit leur localisation (base de données médicales sur le web, modules de e-learning, interventions chirurgicales visualisées à distance par des internes…) ;

la téléprescription : elle permet la dématérialisation des prescriptions médicales et offre d'éviter les déplacements inutiles.

2.2 La télémédecine

La réforme de l'organisation des soins, impulsés par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, constitue un facteur organisationnel fort pour la mise en place de la télémédecine.

Le **décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 ,** dit « decret « Télémedecine », constitue une étape structurante pour son développement.

Définie dans l'article 78 de la loi HPST, la télémédecine est une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». La loi précise qu'elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. La télémédecine permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

2.3 Définition des actes de télémédecine

La définition des actes de télémédecine, leurs conditions de mise en oeuvre ainsi que la prise en charge financière, **fixées par décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010** , tiennent compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 du code de la santé publique et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique.

2.4 Modalités de réalisation des actes de télémédecine

Actes de télémédecine			
Dénomination de l'Acte	**Personnes présentes sur le lieu d'exercice**		**Activité réalisée**
	Sur place	**A distance**	
Téléconsultation	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	Consultation par un médecin
Télé expertise	Professionnel médical	Professionnel médical	Avis d'expert pour diagnostic et/ou traitement thérapeutique
Télé-surveillance médicale	Patient et éventuellement professionnel de santé	Professionnel médical	Interprétation de données cliniques, radiologiques, biologiques
Téléassistance médicale	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	Aide d'expert pour accomplissement de l'acte médical

2.5 Contraintes opérationnelles, continuité de la prise en charge

La télémédecine comme tout acte de nature médicale, doit respecter les principes de droit commun de l'exercice médical et du droit des patients, des règles de compétences et de coopérations entre professionnels de santé, du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, et des échanges informatisés sécurisés de données de santé.

Les exigences obligatoires quant à la traçabilité de l'acte de télémédecine sont demandées. En effet, sont inscrits dans le dossier du patient :

- Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;
- Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectuées ;
- L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;
- La date et l'heure de l'acte ;
- Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Les actes de télémédecine, se font avec le consentement libre et éclairé du patient. Le patient doit donc être informé de manière claire des conditions de cet acte. La formalisation de ce consentement n'est pas obligatoire. Il conviendra de veiller au respect du droit des usagers à savoir le droit à la protection des données personnelles, l'obligation du respect du secret médical, le droit d'être informé sur la communication par le biais des technologies de l'information et de la communication des informations le concernant et le droit de s'opposer à la communication de ces informations.

Le patient peut ne pas donner son consentement à la réalisation d'actes de télémédecine.

Les conditions techniques de qualité et de sécurité du dispositif respectent les modalités générales d'élaboration des référentiels validés par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé), relatifs à la qualité et à la confidentialité des données. Le cadre de mise en œuvre doit allier sécurité et souplesse d'utilisation, de façon à permettre le développement effectif de ces nouvelles organisations et pratiques professionnelles.

2.6 Organisation de l'activité de télémédecine

L'organisation de télémédecine est encadrée par un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ou par des orientations régionales déterminées à partir des priorités du PRS.

Dans tous les cas, la contractualisation entre l'Agence Régionale de Santé et les organismes de santé est obligatoire. Ces contrats doivent prendre en compte d'une part les orientations nationales, d'autre part les préconisations et axes stratégiques du programme régional de télémédecine adapté, le cas échéant, aux spécificités locales.

Ce contrat peut être :

- un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec une structure de santé

- un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins conclu avec, une structure ou un professionnel de santé ;

Porteur du projet	**Type de contrat**
Etablissement de santé, Maison de santé pluridisciplinaires, secteur médico-social, GCS , Réseaux	CPOM et ses annexes
Professionnels de santé libéraux, pôles de santé	Contrat spécifique

Par ailleurs, une convention doit être systématiquement signée entre les partenaires qui concourent à une activité de télémédecine afin de clarifier les droits et devoirs incombant à chacun des acteurs.

Dans le cadre de la mise en conformité de projets, il sera possible de constater que les pratiques actuelles nécessitent une délégation de tâches entre professionnels de santé.
L'ARS pourra alors demander aux porteurs de projets de formaliser une demande d'agrément de leur protocole de coopérations pour transmission , par l'ARS, à l'HAS.

2.7 Financement des actes et de l'activité de télémédecine

Il faut distinguer le remboursement des actes de télémédecine (tarification des actes) du financement de l'organisation de l'activité de télémédecine.

2.7.1 La tarification des actes de télémédecine

La tarification des actes de télémédecine est intégrée au droit commun du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 (dispositions générales relatives aux prestations et aux soins), L. 162-14-1 (dispositions relatives aux relations conventionnelles), L. 162-22-1 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en SSR et psychiatrie), L. 162-22-6 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en MCO), et L. 162-32-1 (dispositions relatives aux centres de santé) du code de la sécurité sociale.

2.7.2 L'organisation de l'activité de télémédecine

L'organisation de l'activité de télémédecine peut être financée au titre du dispositif prévu à l'article L. 221-1-1 (dispositions relatives au FIQCS), ainsi qu'au L. 162-22-13 (dispositions relatives aux MIGAC) du code de la sécurité sociale, ainsi que dans les conditions prévues aux articles L.314-1 (FAM) et L.314-2 (EHPA) du code de l'action sociale et des familles.

La CNAMTS fournira une liste d'actes susceptibles d'entrer dans le périmètre de la télémédecine, notamment en termes d'imagerie dans le cadre de la permanence des soins, de la prise en charge de l'AVC et soins aux détenus.

La DSS fournira une fiche sur l'élaboration des nomenclatures et sur la construction des tarifs, recensant également les modalités de tarification et de facturation qui pourront éventuellement servir à la tarification ou à la facturation d'actes de télémédecine.

2.7.3 Focus sur le financement 2011 :

La Direction générale de l'offre de soins et l'Agence des systèmes d'information partagés en santé ont défini les modalités du soutien financier au déploiement de la télémédecine dans les régions pour l'année 2011.

Toutes les Agences Régionales de Santé bénéficieront de moyens financiers destinés à la promotion de projets innovants et s'inscrivant dans les grandes orientations fixées par le comité de pilotage national interministériel animé par la DGOS avec l'appui de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé.

Ce financement global a pour objet de favoriser et soutenir la mise en place ou le déploiement de projets de télémédecine existants ou prêts à être mis en œuvre.

En 2011, la Direction générale de l'offre de soins et l'Agence des systèmes d'information partagés ont défini les modalités du soutien financier au déploiement de la télémédecine :

- Enveloppe déléguée dans le cadre du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés,
- Subvention directe de l 'ASIP Santé dans le cadre d'appel à projets.

3 Stratégie de déploiement de la télémédecine

3.1 Stratégie nationale

Cinq priorités nationales :

- 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).

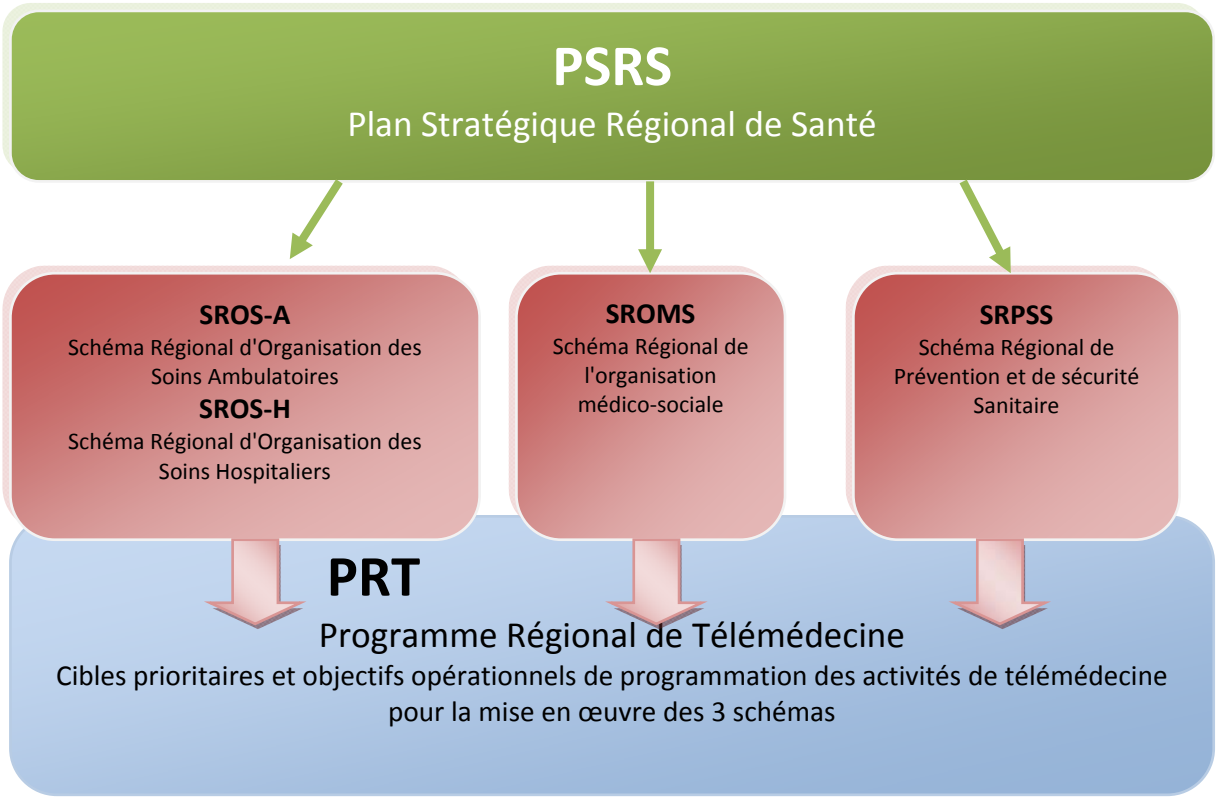
Il s'agit, à partir de ces 5 chantiers prioritaires, de construire des modèles organisationnels et financiers pérennes et modélisables à d'autres types de prise en charge ou pathologie.

Les régions qui mettront en œuvre ces chantiers prioritaires pourront s'appuyer sur les travaux menés au niveau national (Ministère de la Santé, ANAP, ASIP, HAS…) tant en termes d'expertise juridique, financière que de gestion du changement.

3.2 Stratégie régionale

Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) a pour objet de décliner les modalités spécifiques d'application des trois schémas du Projet Régional de Santé en matière de télémédecine.

Il s'inscrit donc dans une démarche stratégique, prospective et concertée afin de proposer un ensemble cohérent et organisé des activités de télémédecine à l'échelle territoriale.



Le Programme Régional Télémédecine est un programme transversal, il est commun à tous les acteurs de la santé, des secteurs sanitaire et médico-social. Il fait partie des moyens attribués aux ARS pour structurer l'offre sanitaire et médico-sociale en réponse aux besoins de santé des populations et particularités des territoires de santé.

Il est préparé d'une part sur la base des priorités et des objectifs du plan national de déploiement de la télémédecine et d'autre part sur la base des priorités, des objectifs et des principes d'action identifiés dans le PRS.

Outil stratégique et opérationnel, il précise les axes prioritaires et les modalités de déploiement et de régulation des activités de télémédecine sur un territoire de santé en adéquation avec les besoins sanitaires identifiés dans le PSRS en termes d'organisation, d'efficience que de qualité.

Arrêté pour une durée maximale de cinq ans, il pourra être révisé en tant que de besoin afin de prendre en compte le caractère émergent et rapidement évolutif de la télémédecine.

Le déploiement de la télémédecine en région devra s'adapter aux enjeux et à la complexité du domaine afin de :

- Fédérer les différents acteurs (ARS, professionnels de santé, établissements de santé et structures médico-sociales, industriels, prestataires de service, usagers …) et leur donner la visibilité nécessaire à leur engagement ;
- Créer les pré-requis organisationnels, économiques, techniques, éthiques et médicaux au développement de la télémédecine
- Assurer l'articulation et la cohérence entre orientations nationales et priorités régionales
- Mutualiser les projets régionaux
- Favoriser la collaboration par le développement des échanges d'information
- Développer les innovations technologiques dans le secteur sanitaire et médico-social
- Mettre à disposition des services à forte valeur ajoutée
- S'appuyer sur les outils proposés par l'espace numérique régional de santé (ENRS)
- Assurer la fluidité et le partage des informations
- Tendre vers une diffusion des informations en temps réel
- Organiser les flux patients autour des filières de soins

Passer d'une phase de pionniers à une phase d'amorçage d'un déploiement réel de la télémédecine nécessite d'avancer étape par étape selon la maturité de certains déterminants (niveau d'intégration de la télémédecine dans l'organisation des soins actuels, développement sur les zones prioritaires identifiées, fiabilité des outils mis en oeuvre….)

Il est important de souligner qu'au-delà des priorités définies, la politique régionale en matière de télémédecine doit rester ouverte à l'innovation, que ce soit en termes d'organisations ou de technologies, en particulier chaque fois que cette innovation pourra optimiser l'offre de soins et son efficience.

Des actions de communications seront mises en place afin de clarifier et d'expliciter les différentes déclinaisons de la télémédecine et les conséquences de leur application à destination des usagers et des professionnels de santé.

3.2.1 Les orientations du Schéma Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS)

L'ASIP Santé a lancé en avril 2010 l'appel à projet « Emergence » visant à favoriser la structuration des maitrises d'ouvrage régionales, en participant au financement de prestations nécessaires à l'émergence ou au renforcement de ces structures régionales.

Le projet EMERGENCE en région PACA, piloté et coordonné par le GCS « e-SantéPACA » avait pour objectifs :

- D'élaborer une feuille de route partagée de projets de Télésanté pour les trois années à venir. (2011-2013) en réponse aux besoins et préoccupations exprimées par des professionnels de santé.
- Faire évoluer l'ENRS PACA par l'ajout de services à forte valeur ajoutée métier
- Définir un portefeuille de projets d'e–services santé, dans le cadre des recommandations nationales (ASIP) et régionales (ARS), et convergeant vers le DMP
- Fédérer les acteurs locaux autour de la construction et le partage d'une vision commune

Les résultats des travaux menés sur une période de 6 mois ont permis avec l'aide des acteurs de santé de la région d'élaborer la trajectoire suivante :

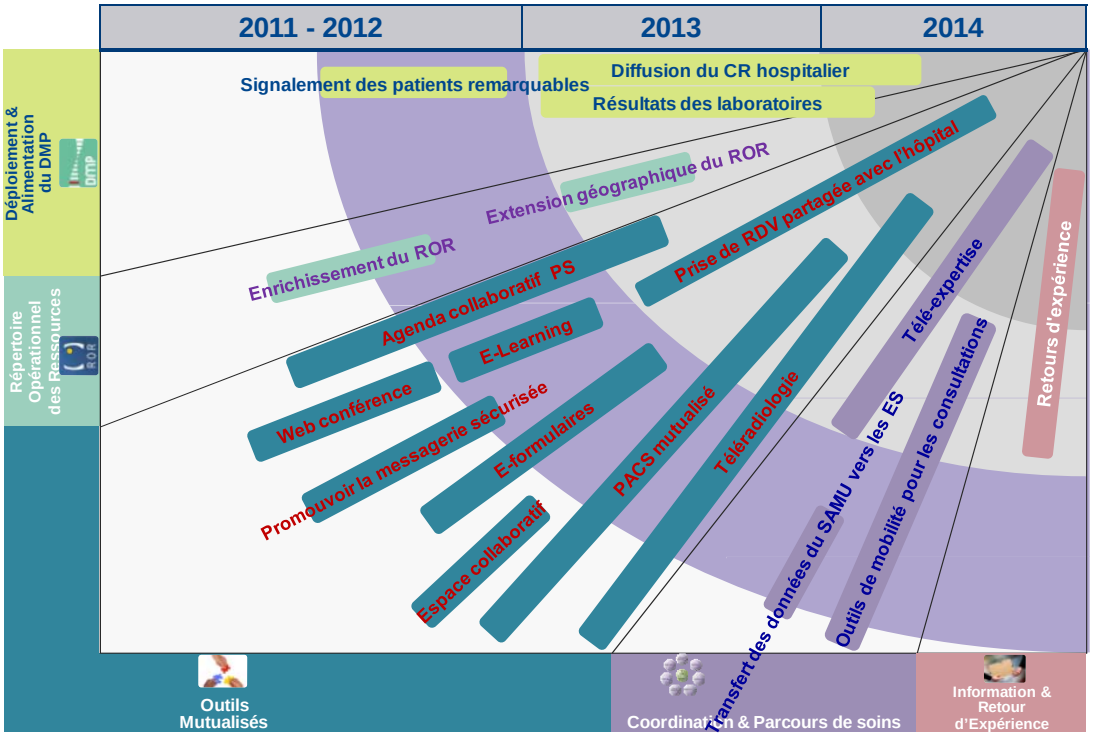


Schéma directeur régional des systèmes d'information de santé	Activité	Début prévisionnel
DEPLOIEMENT ET ALIMENTATION DU DMP		
· Diffusion de comptes-rendus hospitaliers	Télésanté	S1 - 2013
· Résultats des laboratoires	Télémédecine	S1 - 2013
· Signalement des patients remarquables	Télémédecine	S1 - 2012
COORDINATION ET PARCOURS DE SOINS		
· Télé expertise	Télémédecine	S1 - 2013
· Télé radiologie	Télémédecine	S2 - 2011

· Transfert des données du SAMU vers les centres hospitaliers	Télésanté	S1 - 2012
· Outils de mobilité pour les consultations	Télémédecine	S1 - 2012
OUTILS MUTUALISES		
· agenda collaboratif PS	Télésanté	T4 - 2011
· Prise de rendez-vous avec l'hôpital	Télésanté	S1 - 2013
· Web conférence	Télésanté	T4 - 2011
· E-Learning	Télésanté	S2 - 2012
· Promotion de la messagerie sécurisée	Télésanté /Télémédecine	T4 - 2011
· PACS mutualisé	Télémédecine	T4 - 2011
· E-formulaires	Télésanté	T4 - 2011
· Espaces collaboratifs	Télésanté	T4 - 2011
REPERTOIRE OPERATIONNEL DES RESSOURCES		
· Enrichissement du ROR , Catalogue de services des établissements de santé, Disponibilité des places dans les établissements	Télésanté	T4 - 2011
· Extension géographique du ROR	Télésanté	S1 - 2013
INFORMATION ET RETOURS D'EXPERIENCE		
· Retours d'expérience	Télésanté	S1 – 2013

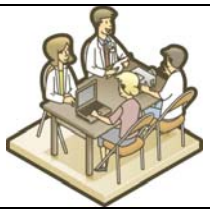
Les 18 projets retenus s'inscrivent tous dans le domaine de la télésanté et 6 émargent dans le domaine spécifique d'application de la télémédecine.

3.2.2 Organisation régionale

3.2.2.1 Groupe « Télémédecine »

Le groupe « Télémédecine » est constitué au niveau régional.
Il est chargé de l'élaboration et du suivi du programme de télémédecine. Le groupe « Télémédecine » cible les objectifs prioritaires régionaux, accompagne les projets de télémédecine et assure le pilotage régional de la Télémédecine.
Le groupe télémédecine est composé d'une «cellule permanente» et des 5 référents ARS en lien avec les chantiers nationaux prioritaires (Imagerie, AVC, Santé des personnes détenues, Prise en charge des maladies chroniques, Soins dans les structures médico-sociales). En cas de besoin, des experts thématiques sont associés aux travaux du groupe.

Afin de capitaliser sur l'existant en région, les travaux du groupe de travail « Télémédecine » s'appuient notamment sur les actions menées par l'Observatoire Régional des Urgences (GIP ORUPACA) et la maitrise d'ouvrage régionale (GCS e-SantéPACA).Les missions de ces deux structures sont annexées au présent programme.

	**Groupe « Télémédecine »** Fréquence des réunions : Trimestrielle Durée de vie: Permanent	
Missions	Cibler les usages prioritaires régionaux de télémédecine	Cohérence avec les 5 chantiers prioritaires nationaux
		Donne un avis sur les thématiques émergentes ou innovantes
	Pilotage régional Télémédecine	Réalise un état des lieux
		Lance des appels à projets télémédecine

		Renforce la communication, la promotion et le partage d'expérience
	Accompagnement des projets.	Informe tous les acteurs du domaine (PS, CRSA, AM,…)
		S'assure de la cohérence du modèle organisationnel
		Recherche de modèles économiques pérennes
Composition	Cellule permanente	
	Référents ARS – Chantiers prioritaires nationaux	
	Selon l'ordre du jour	
	Observatoire régional des Urgences (ORUPACA)	
	Maitrise d'ouvrage régionale (GCS e-SantéPACA)	
	Professionnels de santé experts	

La cellule permanente constitue, au sein de l'ARS, le groupe d'instruction des projets de télémédecine. Elle est le « guichet unique » des projets de télémédecine et de télésanté portés par des promoteurs régionaux et sur lesquels elle donne un avis.

La cellule permanente centralise tous les projets de télémédecine et de télésanté.

Les projets de télémédecine et de télésanté sont enregistrés au fil de l'eau et un tableau récapitulatif est adressé mensuellement aux délégations territoriales concernées.
Lors de l'instruction mensuelle des projets de télémédecine et de télésanté, les délégations territoriales sont associées aux travaux du groupe instructeur.

La cellule permanente est composée de membres, compétents sur les aspects médicaux, juridiques, organisationnels et techniques et d'un assistant administratif.

En cas de besoin, la cellule permanente prend l'attache du référent ARS en lien avec les chantiers nationaux prioritaires (Imagerie, AVC, Santé des personnes détenues, Prise en charge des maladies chroniques, Soins dans les structures médico-sociales) et peut mettre en place un comité technique.

	Cellule permanente « Télémédecine » Fréquence des réunions : Mensuelle Durée de vie : permanent	
Missions	Centralise les projets de télémédecine et de télésanté	
	Elaboration des dossiers type de dépôt de projet télémédecine	
	Définition des grilles d'analyses associées	
	Donne un avis sur les projets de télémédecine et de télésanté et prépare les conventions à la signature du DGARS	
	Assure le suivi et le reporting des projets	
Composition	Compétence juridique	
	Compétence médicales	
	Compétence organisationnelle	
	Compétence techniques	
	Assistant administratif	
	En cas de besoin	
	Référents thématique ARS	Comité technique
	Délégations territoriales	

3.2.2.2 Priorités régionales du programme régional de télémédecine

Les priorités du programme régional de télémédecine intègre les cinq priorités nationales et les priorités régionales proposées dans le cadre du schéma directeur régional.

Il est essentiel de considérer à côté des priorités de télémédecine le développement de services ciblés de télé santé qui permet le support des activités de télémédecine ainsi que l'amélioration importante du fonctionnement et de l'organisation de notre système de santé. Ces éléments étant visés dans les différents schémas du projet régional de santé, il est important de les regrouper et d'en concevoir le déploiement dans le cadre du programme régional de télémédecine.

Ainsi, nous présentons dans les tableaux suivants chacune des priorités retenues, les projets programmés pour chacune des priorités de télémédecine puis les priorités retenues dans le champ de la télé santé.

Priorités de télémédecine

Priorités • **En cours** • En prévision • A développer	**Actes de télémédecine associé**	**Objectifs**	**Indicateurs de suivi**
Télé radiologie dans le cadre de la PDSES	Téléconsultation Télé expertise Téléassistance d'un manipulateur	• Assurer la continuité et la permanence de soins dans le contexte de pénurie de radiologues et d'augmentation de la demande d'examens d'imagerie • Optimiser l'organisation	• Nb d'interprétation en urgence/site • Nb d'interprétation hors urgence/site • Répartition horaire des interprétations
PACS mutualisé	Télé expertise Téléconsultation	• Mettre en œuvre une plateforme technique de PACS ouverte à l'ensemble des établissements et structures de santé de la région, proposant un dispositif d'archivage légal intégré à la solution, également utilisable par les établissements ou structures de santé déjà équipés d'un PACS. • Définir un modèle organisationnel compatible avec la première phase de déploiement et pouvant être généralisé par extension à de nouveaux établissements ou structures publiques et privées et respectant les recommandations nationales de sécurité et de convergence vers le DMP	• Nombre d'ETS adhérant pour une solution totale • Nombre d'ETS adhérant pour une solution archivage uniquement • Nb examens archivés /site • Volume archivé/site • Répartition des examens archivés par catégorie

Avis neurochirurgical	Télé expertise	• Equipement en station de télémédecine de la totalité des SAU de PACA à fin 2012/début 2013	• Nb sites équipés • Nb d'avis demandé • Nb d'avis suivis de transfert • Nb d'avis de suivis • Nombre de transferts évités • Nb d'avis par passages aux urgences / Site • Nb Avis / Pathologies
Prise en charge AVC	Téléconsultation Téléassistance Télé expertise	• Optimiser l'organisation de la prise en charge par la gradation des compétences établies entres les différentes structures, dans la phase aigüe de l'AVC. • Rendre accessible l'expertise neuro-vasculaire	• Nb thrombolyses réalisées dans le cadre de la télémédecine • Nb avis formalisés avec transfert • Nb avis formalisés sans transfert • Nb patient/ type imagerie utilisée
Diffusion de résultats de LABM	Télé expertise	• Diffuser les résultats de manière sécurisée vers la médecine de ville • Optimiser le fonctionnement en réseau et l'interprétation à distance des examens de biologie dans un contexte de raréfaction des praticiens biologistes et de regroupement des LABM (en perspective)	• Nb de transmissions sécurisées/site
Santé des personnes détenues	Téléconsultation Télé expertise Téléassistance Télésurveillance	• Faire bénéficier les personnes détenues de la continuité et de la qualité des soins • Accéder à des consultations de spécialités sans recours à des extractions vers un CH.	• Nb de consultations spécialisées effectuées. • diminution du nombre d'extraction vers un CH.
Signalement des patients remarquables	Téléconsultation Régulation	• Eviter les hospitalisations injustifiées par le signalement en amont de patients identifiés dans le cadre de prises en charge en réseau	• Nb signalements • Nb appels pour patients signalés • Nombre d'hospitalisations de personnes signalées
Soins en secteur médico social	Téléconsultation Télé expertise Télésurveillance	• Eviter les déplacements de personnes fragiles	• Nombres de consultations réalisées /spécialité concernée
Prises en charge des patients atteints d'une maladie chronique	Téléconsultation Télé expertise Télésurveillance	• Axes à developper	• Axes à developper

Soins de proximité	Téléconsultation Téléexpertise Télésurveillance Téléassistance		
Soins en HAD	Téléconsultation Téléexpertise Télésurveillance Téléassistance		
Consultations Psy déportées	Téléconsultation Téléexpertise		

Priorités de télésanté

Projets	Objectifs	Indicateurs
Diffusion de comptes-rendus hospitaliers	Déployer et alimenter le DMP	• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Transfert des données du SAMU vers les centres hospitaliers	Améliorer la coordination et le parcours de soins	• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Agenda collaboratif des professionnels de santé	Développer les outils mutualises	• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Prise de rendez-vous avec l'hôpital		• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Web conférence		• Nb Web conférences organisées • Durée moyenne d'une web conférence • Nb moyen de participants /web Conférence
E-Learning		• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Promotion de la messagerie sécurisée		• Nb de messages échangés • Nb de messages avec pièce jointe échangés • Volume des pièces jointes échangées • Nb compte de messagerie créés
E-formulaires		• Respect planning prévisionnel de lancement • Indicateurs spécifiques projet définis dans la note de cadrage de lancement
Espaces collaboratifs		• Nb espaces collaboratifs créés • Nb connexions aux espaces collaboratifs

		• Volume en Mo des documents déposés sur les espaces collaboratifs • Nb utilisateurs par espace collaboratif
Enrichissement du ROR , Catalogue de services des établissements de santé, Disponibilité des places dans les établissements	Etendre les fonctionnalités du Répertoire opérationnel des ressources	• Nb de services des ES cartographiés
Extension géographique du ROR		•
Information et retours d'expérience	Disposer d'une base de connaissance sur les projets de télésanté	•

3.2.2.3 Eléments de cadrage d'élaboration et d'accompagnement dans la mise en œuvre des projets :

Les promoteurs de projets de télémédecine veilleront au respect des exigences requises suivantes :

1. **Définir le projet médical territorial ou régional qui sous tend l'activité de télémédecine**

Tout projet de télémédecine est avant tout un projet médical répondant à des objectifs bien précis reposant sur une organisation innovante rendue possible grâce à la technologie. Il est donc essentiel de définir le projet médical et l'organisation afférente et non le contraire c'est-à-dire adapter l'organisation à la technologie.

2. **➔Construire des projets interopérables et modélisables**

Tous les projets doivent s'inscrire dans une démarche vertueuse et modélisables en identifiant les facteurs clés de succès et les modalités de conduite de changement des organisations et des pratiques.

Cette reproductibilité doit être intégrée en amont dans le choix des organisations afin que les premières solutions soient pérennes et généralisables. En ce sens, tout projet de télémédecine doit proposer des solutions et organisations pensées de manière transversale afin de pouvoir répondre à d'autres types de prise en charge ou encore d'autres pathologies.

D'un point de vue technique, les solutions mises en œuvre intègreront en amont les recommandations et les référentiels promus par l'Agence des systèmes d'information de santé (ASIP) au sein du répertoire national des référentiels (RNR) Santé (www.e-sante.gouv.fr).

Ces référentiels, qui peuvent évoluer, portent notamment sur :

- la sécurité
  - Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S)
  - L'hébergement des données de santé à caractère personnel
  - …
- L'interopérabilité
  - Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS)
  - Messagerie Sécurisée de Santé Unifiée (MSSU)
  - …
- L'identification
  - Identifiant National de Santé (INS)

- Référentiel des Acteurs Santé Sociaux (RASS)

3. ➔Construire des projets évolutifs

L'organisation mise en place doit être évolutive c'est-à-dire intégrer la possibilité de répondre à d'autres applications médicales.

4 Annexes

Annexe 1 - Eléments constitutifs des dossiers projets Télémédecine

A. *Les éléments de contexte motivant le projet:*

- Opportunité du projet
- Eléments socio-démographique
- Eléments économiques
- Eléments sanitaires et sociaux
- Enjeux et objectifs nationaux / régionaux :
- Usages potentiels et les avantages du déploiement
- Cartographie régionale/territoriale impactée par le projet
- Etat des lieux de l'existant

B. *Orientations pour établir le diagnostic régional et fixer des objectifs :*

- Identifier les besoins
- Identifier les ressources mobilisables
- Identifier les freins
- Identifier les leviers
- Fixer des objectifs qualitatifs et quantitatifs

C. *Eléments de description du dispositif de télémédecine à faire pour chaque acte de télémédecine :*

- Champ couvert / indications
- Acte de télémédecine
- Acteurs concernés
- Modalités de financement (Cout du projet et détail des sources de financement)
- Aspect juridiques/responsabilités
- Qualité de prestation
- Aspect techniques

D. *Eléments de cadrage des projets*

- Pilotage des projets
- Cadrage organisationnel des projets
- Cadrage technique des projets

E. *Modalités d'évaluation prévues*

- Technique (performance, sécurité, respect des référentiels,…)
- Organisationnelle (Optimisation, Sécurisation, accessibilité,…)
- Qualitative (Service rendu, indicateurs spécifiques,…)
  Economique (Impact sur les dépenses de santé, ….)

Annexe 2 – Fiche de suivi des projets en cours

Nom du projet	

Date de mise en œuvre	

Budget du projet	
Budget d'investissement	
Budget d'exploitation	

convention organismes de santé /fournisseurs	
Nom du fournisseur	Convention (Oui/Non)

Priorité		
		Régionale
		Nationale

Actes télémédecine couverts	
Téléconsultation	
Téléexpertise	
Télésurveillance	
Téléassistance	
Régulation	

Type de contrat avec ARS		
		CPOM
		Autre… (Preciser) …….

Indicateurs prenant en compte l'ensemble des dimensions : organisationnelle,technologique,qualitative,économique		
Initulé de l'indicateur	Valeur attendue	Valeur observée
Ind 1		
Ind 2		
Ind 3		
Ind 4		
…		
Ind n		

5 Glossaire

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ASIP Santé : Agence Nationale des Systèmes d'Information Partagés de Santé

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COPIL : Comité de Pilotage

CPER : Contrat de Projets Etat-Région

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSIO : Directeur du Système d'Information d'Organisation

DSS : Direction de la Sécurité sociale

DSSIS : Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé

EHPA : Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées

ENRS : Espace Numérique Régional de Santé

FAM : Foyers d'accueil Médicalisés

FIEEC : Fédération des industries électriques, électroniques et de communication

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FMESPP : Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GT : Groupe de Travail

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

Loi HPST **:** Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MOAR : Maitrise d'Ouvrage Régionale

MIGAC : Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORUPACA : Observatoire Régional des Urgences PACA

PRS : Projet Régional de Santé

PRT : Programme Régional de Télémédecine

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

SDRSIS : Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé

SI : Systèmes d'Information

SRMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS A : Schéma Régional d'Organisation des Soins volet Ambulatoire

SROS H : Schéma Régional d'Organisation des Soins volet Hospitalier

SROS III : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3ème génération
SRP : Schéma Régional de Prévention

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

PROGRAMME PLURIANNUEL

REGIONAL DE GESTION

DU RISQUE

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

INTRODUCTION **4**

PARTIE 1 : LE PROGRAMME PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE, ELEMENT DE REPONSE AUX PROBLEMATIQUES ET PRIORITES IDENTIFIEES PAR LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE **6**

1. UN PROGRAMME CONTRACTUALISE AU SERVICE D'UNE POLITIQUE COMMUNE DE SANTE ET DE L'AUTONOMIE 6
1.1 Le périmètre du programme : un champ large au service de la transversalité *6*
1.2 Des objectifs généraux portés par la politique de santé et de l'autonomie *6*
2. LE PROGRAMME PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE S'APPUIE SUR LES ELEMENTS DE CONTEXTE REGIONAL 7

3. LE PROGRAMME PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE APPORTE DES REPONSES CONCRETES SUR PLUSIEURS THEMATIQUES STRATEGIQUES 9
3.1 Améliorer la connaissance pour mieux cibler et mieux évaluer les actions *9*
3.2 Réduire les inégalités territoriales de santé *9*
3.3 Rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie *9*
3.4 Améliorer la qualité de l'offre de santé *10*

4. LE PROGRAMME EST UN OUTIL AU SERVICE DE L'EFFICIENCE 10

PARTIE 2 : L'ORGANISATION NATIONALE ET REGIONALE EN MATIERE DE GESTION DU RISQUE 11
1. LE PROGRAMME PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE OBEIT A DES DIRECTIVES NATIONALES PARTAGEES 11
1.1 Vue synoptique du cadre national *11*
1.1.1 Le contrat Etat/UNCAM 12
1.1.2 La convention d'objectifs et de gestion (COG) 12
1.1.3 La préparation des instructions nationales données aux ARS 12
1.1.4 Le contrat d'objectifs et de moyens conclu avec les ARS 12
1.1.5 Les actions de gestion du risque non programmées par le niveau national 12
1.1.6 Le contrat pluriannuel de gestion des organismes et services de l'assurance maladie 13
2. UN DISPOSITIF REGIONAL ORGANISE 13
2.1 La gouvernance de la gestion du risque *13*
2.1.1 Le rôle du directeur général de l'Agence régionale de santé 13
2.1.2 La commission régionale de gestion du risque, instance décisionnaire 13
2.2 L'équipe projet régionale de gestion du risque, instance de pilotage opérationnel *15*
2.3 Les groupes de travail thématiques *16*

PARTIE 3 : LA DECLINAISON REGIONALE DES PLANS D'ACTIONS NATIONAUX **18**
1. LE PLAN NATIONAL DE GESTION DU RISQUE DE L'UNCAM 18
1.1 Promouvoir la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par un accompagnement des professionnels de santé libéraux *18*
1.1.1 La poursuite des actions récurrentes d'accompagnement des professionnels de santé 19
1.1.2. Les nouvelles actions d'accompagnement 21
1.2 Déployer des programmes d'efficience de l'offre en établissements *25*
1.2.1 Poursuivre et étendre le dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses dans les établissements de santé 25
1.2.2 Poursuivre le programme de mise sous accord préalable des établissements de santé en chirurgie ambulatoire et hors ambulatoire 25
1.2.3 Développer les mises sous accord préalable pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation 26
1.2.4 Développer la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique 26
1.3 Développer des actions de prévention *26*
1.3.1 Développer les actions de prévention ciblées sur des pathologies ou des publics 26
1.3.2 Aider les patients à devenir acteurs de leur santé 27

1.4 Favoriser l'accès à la prévention et aux soins *27*
1.5 Fiches synthétiques du plan d'actions national de l'Uncam *28*

2. LES PRIORITES DE GESTION DU RISQUE PORTEES PAR LES AGENCES REGIONALES DE SANTE 44

2.1 Les transports sanitaires *46*
2.2 L'insuffisance rénale chronique *46*
2.3 Les médicaments et dispositifs en sus de la liste T2A *47*
2.4 Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées ou délivrées en ville *48*
2.5 L'imagerie médicale *49*
2.6 La chirurgie ambulatoire *50*
2.7 L'efficience des EHPAD et de leurs prescriptions *51*
2.8 Les soins de suite et de réadaptation *52*
2.9 La permanence des soins hospitalière et ambulatoire *53*
2.10 Fiches synthétiques des dix priorités de gestion du risque, portées par l'ARS *53*

PARTIE 4 : LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES 64

1.LES GROUPES QUALITE POUR L'AMELIORATION DES PRATIQUES MEDICALES 64
2.LES ACTIONS DE L'OMEDIT SUR LES PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS 65

GLOSSAIRE 67

INTRODUCTION

En vertu de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et du décret n°2010-336 du 31 mars 2010, les agences régionales de santé (ARS) sont dotées d'une compétence globale sur l'ensemble du champ de la santé.

Dans chaque région, le directeur général de l'ARS est responsable de la politique de santé publique dans les domaines de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers, de la prise en charge médico-sociale. L'ARS mobilise des partenariats avec divers organismes et institutions, au service de la mise en œuvre du projet régional de santé.
Dans ce cadre, le directeur général de l'ARS et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de la région s'engagent, par voie de contrat, sur la mise à disposition de moyens et la réalisation d'actions concourant à la réalisation des priorités définies par le projet régional de santé. Le programme pluriannuel régional de gestion du risque compte parmi les programmes intégrés au projet régional de santé.

Les modalités d'élaboration et de suivi de ce programme sont précisées par le décret n° 2010-515 du 18 mai 2010, codifié.

Article L 1434-14 du code de la santé publique : « Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales…
Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année. Ce programme est intégré au projet régional de santé »

Article R 1434-14 du code de la santé publique : « Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de quatre ans ».

Le présent programme est arrêté pour la période 2010-2013.

Outre la loi du 21 juillet 2009 et ses décrets d'application, le programme pluriannuel de gestion du risque met en œuvre l'ensemble des engagements et orientations définis par :

- la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique

- la loi de financement de la sécurité sociale, annuelle, qui pose les objectifs et axes directeurs en matière de maîtrise des dépenses et d'organisation de l'offre de soins.

- le contrat (prévu par l'article L 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale) conclu entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour quatre ans, relatif aux objectifs pluriannuels de gestion du risque, communs aux trois régimes membres de l' UNCAM.

Définis par la loi, les objectifs de ce contrat consistent à « promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins ».
Le contrat 2010-2013 définit cinq priorités communes, déclinées en 20 objectifs :
-Mieux connaître le risque santé ;
-Renforcer l'accès aux soins ;
-Renforcer l'information et la prévention ;
-Promouvoir des prises en charge plus efficientes ;
-Moderniser les outils au service du système de santé.

- le plan national de gestion du risque de l'UNCAM, établi annuellement.

Le programme tient compte des engagements pris entre l'UNCAM et les représentants des professionnels de la santé, dans le champ conventionnel.

Les objectifs et moyens sont définis par :
-le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS
-les conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les régimes d'assurance maladie, déclinées par les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie.

L'ensemble des orientations concourent à la mise en œuvre des principes de gestion du risque.

La notion de gestion du risque repose sur une conception assurantielle, le risque pouvant être défini comme la probabilité d'un certain effet, d'une certaine gravité, suite à une exposition à un danger.

Dans le domaine de l'assurance maladie, la gestion du risque prend en compte les principes fondateurs du système de santé et de son financement, de même que l'absence d'individualisation des risques. En ce sens, la gestion du risque assure la prise en charge collective des risques individuels.

Introduite officiellement dans le code de la sécurité sociale en 1996, la gestion du risque a connu des évolutions. Après avoir centré leurs programmes de gestion du risque sur les actions de contrôle, les organismes d'assurance maladie se sont ensuite mobilisés sur des actions collectives visant à rechercher le meilleur équilibre coût-qualité des prises en charge. Le concept de régulation (soigner mieux en dépensant mieux) s'est progressivement imposé.

Dans son rapport de juillet 2008, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a défini la gestion du risque comme un ensemble d'actions visant à :
-connaître le risque (comportements, déterminants, facteurs de coûts) ;
-prévenir les sinistres ;
-limiter l'aggravation des sinistres ;
-réduire les coûts de la réparation des sinistres ;
-fournir des services à l'assuré ou au fournisseur de prestations.

La gestion du risque est devenue une volonté partagée par plusieurs acteurs du système de santé : l'Etat, l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Aujourd'hui, la gestion du risque se traduit notamment par plusieurs domaines d'intervention :
-une démarche de maîtrise médicalisée des dépenses qui doit permettre de concilier qualité et sécurité des soins et respect des contraintes financières ;
-des programmes de contrôle du respect des règles de prise en charge et de la facturation ;
-des domaines de compétences partagés: prévention et information des assurés, politique hospitalière, promotion des bonnes pratiques, organisation de l'offre de soins, efficience du secteur médico-social.
Elle doit prendre en compte des facteurs multiples (état de santé de la population, état de l'offre en termes quantitatifs et qualitatifs), des priorités de l'action publique (sécurité des soins et prévention des risques sanitaires, droits des malades), et impulser une démarche de prévention et d'accompagnement.

Ces multiples dimensions placent la gestion du risque au cœur de la politique de santé définie par le projet régional de santé et conduite par l'ARS. Le programme s'appuie sur des éléments de contexte régional en matière de santé.

PARTIE 1 : LE PROGRAMME PLURIANNUEL REGIONAL DE GESTION DU RISQUE, ELEMENT DE REPONSE AUX PROBLEMATIQUES ET PRIORITES IDENTIFIEES PAR LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE

1. Un programme contractualisé au service d'une politique commune de santé et de l'autonomie

1.1 Le périmètre du programme : un champ large au service de la transversalité

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires fixe quatre objectifs stratégiques aux agences régionales de santé :
-contribuer à réduire les inégalités territoriales en santé ;
-assurer un meilleur accès aux soins ;
-organiser les parcours de soins en fonction des patients ;
-assurer une meilleure efficience des dépenses de santé.

Cette loi affiche une approche décloisonnée et globale des questions de santé et affirme l'ambition de conduire une politique de santé unique tout en tenant compte des spécificités territoriales .
Mettant en place une organisation transversale du système de santé, elle confie aux agences régionales de santé un rôle majeur auprès des offreurs par des possibilités d'intervention sur les quatre secteurs (prévention, ambulatoire, hospitalier, médico-social).

Sur ce même champ, la loi donne mission aux agences régionales de santé de piloter la gestion du risque en élaborant un programme pluriannuel en concertation avec les organismes d'assurance maladie.

Le périmètre du programme pluriannuel de gestion du risque se superpose à celui du projet régional de santé, couvrant les actions de prévention, les soins ambulatoires et en établissements de santé ainsi que la prise en charge médico-sociale.

1.2 Des objectifs généraux portés par la politique de santé et de l'autonomie

Comme le projet régional de santé, le programme pluriannuel régional de gestion du risque s'inscrit dans les orientations définies par la politique nationale de santé et de l'autonomie: il les décline opérationnellement au niveau régional par la mise en œuvre des programmes nationaux de gestion du risque. Ces programmes découlent des objectifs pluriannuels convenus entre l'Etat et l'UNCAM et formalisés par un contrat pluriannuel de gestion du risque Etat-UNCAM pour les années 2010-2013. La loi du 21 juillet 2009 inscrit dans le dispositif législatif cette notion de programmes nationaux de gestion du risque, ce qui traduit l'imbrication entre la politique de santé nationale et les programmes de gestion du risque. Le Conseil National de Pilotage des ARS, instance qui rassemble des autorités responsables des services de l'Etat et de l'assurance maladie, garantit cette cohérence et valide les objectifs et les modalités des programmes avant leur application.
Comme l'ensemble du projet régional de santé, le programme pluriannuel de gestion du risque est guidé par l'objectif national d'amélioration de la qualité et de la performance du système de santé ; les actions qui le

composent dépassent le secteur ambulatoire et la prévention, domaines investis depuis plusieurs années par l'assurance maladie, pour aller plus avant vers l'amélioration des pratiques et l'efficience au sein des établissements de santé et des structures de prise en charge médico-sociales. Les orientations nationales démontrent une volonté partagée de travailler en coopération sur des « sujets frontières » qui sous tendent des actions en termes de régulation financière et de composition et d'organisation de l'offre de soins ; tel est le sens des priorités nationales de gestion du risque fixées aux ARS.

Contrairement aux autres programmes du projet régional de santé, le programme pluriannuel régional de gestion du risque n'est pas un outil de programmation d'un schéma sectoriel. Pourtant, son caractère contractuel garantit une vision commune et partagée des principaux enjeux définis par le plan stratégique régional de santé.
Comme les schémas et les autres programmes, il met en œuvre de façon opérationnelle les engagements de l'Agence régionale de santé en matière de politique régionale de santé. Il tient compte, à cet effet, des éléments de contexte régional.
A ce titre, il est inclus dans le périmètre des contrats prévus par l'Article L 1434-14 du code de la santé publique : « Ce projet (i.e: le projet régional de santé) fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort ».

2. Le programme pluriannuel régional de gestion du risque s'appuie sur les éléments de contexte régional

A côté de la déclinaison des objectifs définis nationalement pour une politique commune de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque a vocation à répondre à des problématiques de santé spécifiquement régionales.
Sa mise en œuvre doit tenir compte des éléments de contexte régional.

Le plan stratégique régional de santé a identifié plusieurs éléments de contexte, qu'ils concernent l'état de santé de la population, la composition de l'offre du système de santé, les caractéristiques démographiques, le niveau de consommation de soins.

Ce plan conclut globalement à un bon état de santé de la population de la région et à une offre de santé globalement plus abondante que la référence nationale.
Pour autant, il dresse un tableau contrasté de la région, et pointe les inégalités d'accès à la santé, d'origines sociale , démographique ou géographique, comme préoccupation majeure.

Pour une population qui représente 7,57% de la population française, les dépenses d'assurance maladie de la région PACA constituent 8,78% des dépenses nationales d'assurance maladie.
La dépense de santé moyenne par habitant en région PACA, de 3075 euros, est supérieure de 15% au même indicateur exprimé au niveau national.
Ce constat est particulièrement visible sur les soins de ville, au titre desquels la dépense régionale moyenne par habitant est supérieure de 31% à la moyenne nationale. L'ensemble des dépenses associées à l'activité des établissements de santé représente une moyenne par habitant de 1117 euros en PACA (soit 4% de plus que la moyenne nationale qui s'élève à 1081 euros).
Source :DGOS, pilotage national des ARS.

Le plan stratégique régional de santé, qui relève le niveau élevé de la consommation de soins, souligne par ailleurs son caractère inégalement réparti, voire atypique sur certaines prises en charge et sur certains territoires où le taux de recours est inférieur à la moyenne nationale (médecine hospitalière notamment). S'il revient au SROS-PRS de définir des orientations en la matière, puis aux CPOM de les décliner au niveau des établissements, l'ensemble a vocation à s'appuyer sur des programmes opérationnels de gestion du risque qui apportent des éléments de diagnostic, des pistes d'amélioration possibles et d'évaluation des dispositifs adoptés.

La consommation de soins est influencée par la composition de l'offre, plus abondante que la moyenne nationale, mais aussi inégalement répartie, qu'il s'agisse de l'offre libérale de premier recours ou de l'offre hospitalière. Par rapport à la densité moyenne nationale, la densité d'omnipraticiens en PACA est supérieure

de 23%, celle des chirurgiens dentistes est supérieure de 34 %, mais ce sont surtout les masseurs kinésithérapeutes (+ 53%), et les infirmiers (+ 92%) qui sont plus nombreux en région PACA qu'au plan national. Ce dernier indicateur doit être corrélé, toutefois, avec le taux d'équipement en offre médico-sociale, inférieur à la moyenne nationale.

Le plan stratégique rappelle également l'existence de faiblesses avérées ou potentielles, au regard de l'organisation de l'offre de soins. Devant ce constat, les schémas sectoriels définiront des orientations et s'appuieront sur des leviers innovants : maisons de santé pluri-professionnelles, délégations de tâches, coopération entre professionnels de santé, consultations avancées de médecins spécialistes, télémédecine… La mise en place de ces nouveaux modes d'exercice donnera lieu, en amont, à une nécessaire réflexion sur les modes de financement et les ressources allouées.
L'accessibilité financière au système de soins est une préoccupation portée tant par l'agence régionale de santé que par l'assurance maladie ; de même, la mise en œuvre de programmes de prévention à l'attention de publics précaires fait partie des priorités partagées. L'assurance maladie, dans ses relations conventionnelles avec les professionnels de santé, et l'agence régionale de santé, dans un processus partenarial pour l'élaboration et le suivi des SROS, mènent des politiques convergentes pour l'amélioration de l'offre de soins.

Le plan stratégique régional de santé relève des spécificités régionales de l'état de santé de la population: il mentionne une forte prévalence des troubles de santé mentale, tout en ajoutant que le recours aux soins des personnes présentant un tel trouble est assez faible. Le programme pluriannuel de gestion du risque s'inscrit en complémentarité du SROS en faisant siennes les préoccupations de repérage et de prise en charge des pathologies dépressives, de bon usage des prescriptions de psychotropes.

La croissance démographique et le vieillissement de la population sont des caractéristiques marquantes de la population régionale. Ces évolutions produisent des conséquences directes sur l'expression des besoins de prise en charge sanitaire et médico-sociale, et sur les dépenses associées. La population des 85 ans et plus a augmenté de plus de 45% entre 2005 et 2010 ; la population de la région devrait continuer à vieillir au cours des prochaines années, même si le vieillissement s'annonce moins rapide que dans d'autres régions. Ces éléments justifient que la politique de gestion du risque conduite en PACA prenne en compte, encore plus qu'ailleurs, les modalités de maintien en bonne santé et d'autonomie, d'accueil et d'hébergement des personnes vieillissantes. Des programmes spécifiques de la gestion du risque ont vocation à répondre à ces enjeux.

3. Le programme pluriannuel régional de gestion du risque apporte des réponses concrètes sur plusieurs thématiques stratégiques

Le programme apporte des réponses concrètes qui concourent à la réalisation des objectifs généraux communs à l'ensemble des domaines de santé :

3.1 Améliorer la connaissance pour mieux cibler et mieux évaluer les actions

Le plan stratégique régional de santé identifie le caractère stratégique et incontournable des données de connaissance de l'état du système de santé régional. Le programme pluriannuel régional de gestion du risque s'appuie sur les orientations définies par le contrat Etat -UNCAM qui pose, en première priorité, la nécessité de mieux connaître le risque santé. La mise en œuvre des plans d'actions du programme s'appuie sur des données partagées, issues des systèmes d'information des l'assurance maladie et de l'ARS.
La mise à disposition de ces données s'inscrit dans le cadre des relations contractuelles définies par le contrat type entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie dans les termes suivants :
« L'ARS et l'assurance maladie sous l'autorité du directeur coordonnateur de la gestion du risque échangent après concertation les informations relatives :
- aux besoins d'analyse de l'évolution de certains postes de dépenses ;
- aux dépassements d'honoraires et aux refus de soins ;
- à tout autre sujet d'un commun accord (ex : accompagnement des maladies chroniques) ».

L'ensemble des éléments d'analyse ont vocation à répondre à cet objectif stratégique de connaissance de l'état du système de santé régional.

3.2 Réduire les inégalités territoriales de santé

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque participe à l'objectif de réduction des inégalités de santé. Le contrat Etat-UNCAM 2010-2013 fixe, parmi cinq priorités, le renforcement de l'accès aux soins ; cette orientation générale se traduira par des actions de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, que ces inégalités soient financières ou territoriales.
La participation de l'assurance maladie à la commission de coordination de l'offre de proximité, créée à l'initiative de l'agence régionale de santé, participe d'une volonté commune d'agir ensemble en faveur d'une organisation optimisée des soins et services de premier recours.

3.3 Rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie

Dans son préambule, le plan d'actions national de gestion du risque défini par l'UNCAM pour l'année 2011 affirme que les actions de gestion du risque « entendent favoriser l'accès aux soins et à la prévention, notamment pour les populations fragiles ou éloignées du système de santé ».

En effet, les plans d'actions de gestion du risque participent au renforcement effectif du droit à la santé, dans le champ de la prévention, du soin et de la prise en charge médico-sociale.
Sur le premier domaine, l'assurance maladie mène depuis plusieurs années des actions de gestion du risque visant à promouvoir le rôle du médecin traitant dans le dispositif de prévention. Le médecin traitant, sur la base de recommandations de bonnes pratiques, est en effet légitime pour conseiller ses patients sur des facteurs de risque et des conduites préventives à chaque étape de la vie et dans des situations ciblées. En particulier, l'assurance maladie favorise l'engagement des médecins traitants et l'information des assurés, sur des thèmes définis par voie conventionnelle, identifiés également comme priorités de santé publique: actions de promotion du dépistage organisé des cancers, campagnes d'information et de prévention pour la santé bucco-dentaire chez les enfants, pour la lutte contre l'obésité, actions d'accompagnement des femmes enceintes.
Au même titre, le déploiement des programmes de dépistage et de vaccination, qui constitue un objectif à part entière du contrat Etat-UNCAM, participe au renforcement du droit effectif à la santé.

Dans un domaine frontière entre le soin et la prise en charge médico-sociale, l'assurance maladie conduit, auprès des professionnels de santé et des structures d'accueil et d'hébergement des personnes âgées, des actions de prévention des risques liés à la iatrogénie, aux prescriptions inadaptées. De même, elle organise ou participe aux stages de prévention des chutes et de la mémoire.

3.4 Améliorer la qualité de l'offre de santé

A côté des objectifs de régulation financière, la politique de gestion du risque déployée par l'assurance maladie affirme une volonté d'amélioration de la qualité de l'offre de santé. Le plan d'actions national de gestion du risque de l'UNCAM pose, dans son préambule, le principe suivant : les actions de gestion du risque « visent à inciter … les professionnels à renforcer l'efficience et la qualité des soins dans le cadre de leur activité ». Plusieurs types d'actions concourent à cet objectif général. Parmi elles, on peut retenir :
-les actions d'accompagnement individuelles et collectives des professionnels de santé dans le secteur ambulatoire, au sein des établissements de santé, et plus récemment, dans les structures médico-sociales ;
-les actions de contrôle et de sensibilisation des professionnels de santé autour des pratiques ou prescriptions médicamenteuses dangereuses, de mésusages ;
-les dispositifs destinés à favoriser le développement de nouveaux modes de prise en charge, au service de la qualité et de la sécurité des soins. Le travail mené conjointement par l'agence régionale de santé et l'assurance maladie en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire en est un exemple.

De même, le programme pluriannuel de gestion du risque apporte des éléments de réponse sur plusieurs thématiques stratégiques identifiées dans le plan stratégique régional de santé.

A côté des inégalités de santé et de la prévalence des troubles de santé mentale, déjà abordées, le programme régional de gestion du risque reprend à son compte, en les formalisant en plans d'actions, les orientations définies par la loi et les plans nationaux en matière de maladies chroniques. L'assurance maladie déploie depuis plusieurs années des programmes d'accompagnement et d'éducation thérapeutique sur les pathologies cardio-vasculaires, le diabète, l'insuffisance respiratoire et l'asthme.

4. Le programme est un outil au service de l'efficience

Les actions de gestion du risque sont fondées sur une stratégie volontariste d'amélioration de l'état de santé de la population tout en garantissant le respect de l'ONDAM et l'équilibre financier du système d'assurance maladie, principe même de l'efficience. Tel est bien le sens du plan d'actions national de gestion du risque défini par l'UNCAM pour 2011, qui précise : « La mise en œuvre de ces politiques (i.e : des politiques de gestion du risque) doit permettre de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières ».

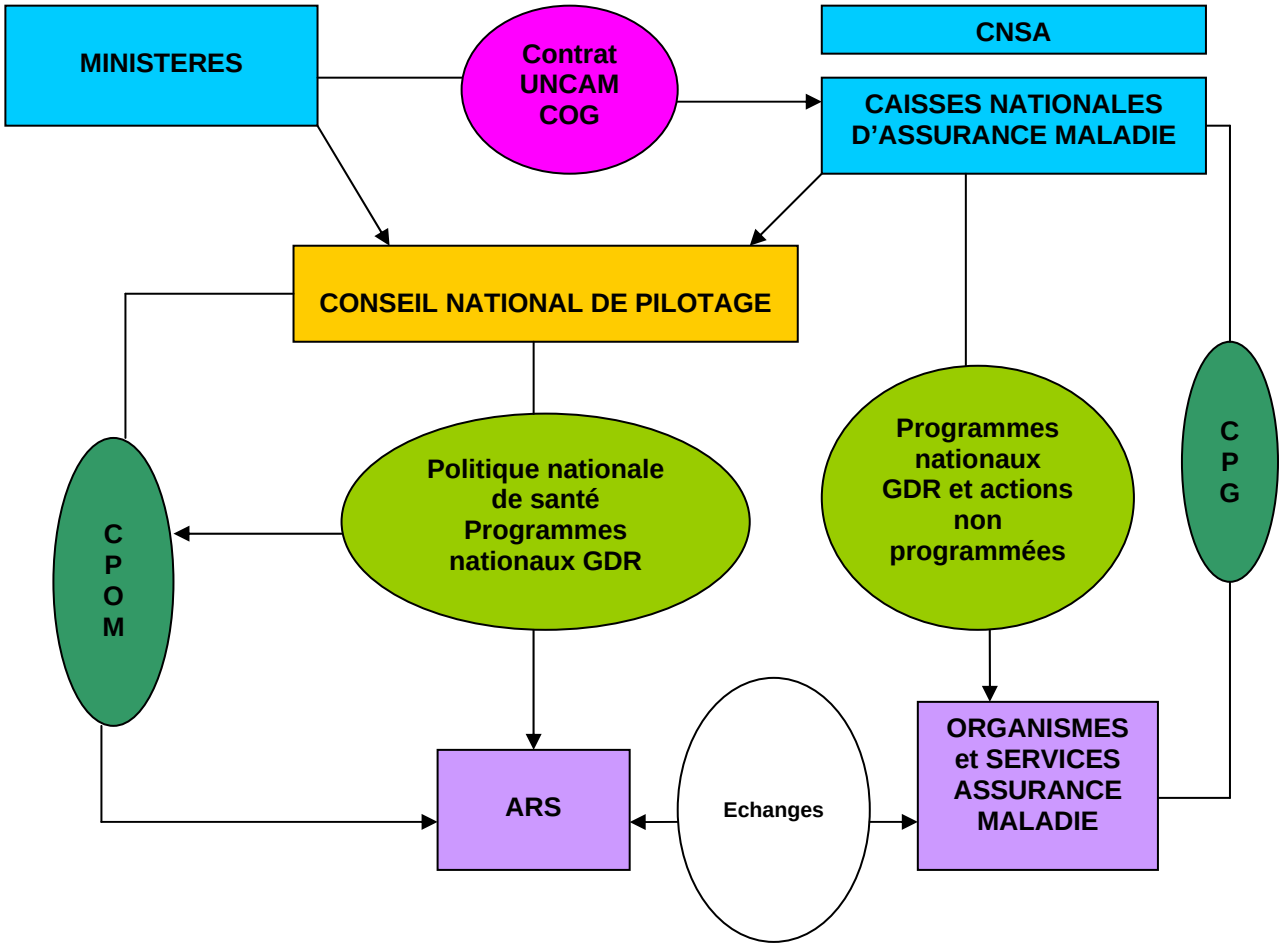
L'efficience sous tend les objectifs définis par la loi annuelle de financement de la sécurité sociale, qui fixe un niveau d'évolution des dépenses de santé supportable par la collectivité. Le respect des objectifs définis par la loi de financement de la sécurité sociale est un enjeu d'autant plus important que la gestion du risque présente, en région PACA, une tonalité particulière, au regard de la situation des dépenses de santé et de l'offre de soins notamment.

Qu'elles relèvent du plan d'actions de l'UNCAM ou des priorités confiées aux ARS, les actions de gestion du risque concourent globalement à la réalisation de plusieurs objectifs dans le domaine de l'efficience :
-améliorer l'efficience des soins et des services médico-sociaux ;
-adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins ;
-optimiser l'organisation de la permanence des soins ambulatoire ;
-maîtriser les dépenses de santé.

PARTIE 2 : L'ORGANISATION NATIONALE ET REGIONALE EN MATIERE DE GESTION DU RISQUE

1. Le Programme pluriannuel régional de gestion du risque obéit à des directives nationales partagées

1.1 Vue synoptique du cadre national



1.1.1 Le contrat Etat/UNCAM

La mise en place des ARS, structure administrative nouvelle dans les régions, oblige l'Etat et l'assurance maladie à définir des règles de fonctionnement de leurs services associés dans les régions à un même ensemble. Elle conduit à prévoir les engagements de chacun et les objectifs partagés au service desquels les ARS et l'assurance maladie vont œuvrer en complémentarité.

Ces engagements figurent dans les termes du contrat Etat/UNCAM, de portée pluriannuelle.

1.1.2 La convention d'objectifs et de gestion (COG)

La convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat et chacune des caisses nationales est chargée, pour la partie relative à la gestion du risque, de décliner les principes fixées par le contrat Etat/UNCAM, notamment au regard de l'attribution des moyens.

1.1.3 La préparation des instructions nationales données aux ARS

Le conseil national de pilotage (CNP) valide les instructions données aux ARS. Pour cela, il est destinataire des projets d'instructions relevant des différentes directions d'administration centrale et des caisses nationales, dont les programmes nationaux de gestion du risque.

Ces instructions doivent faire l'objet d'une mise en perspective mettant en avant leur adéquation avec les objectifs de la politique nationale de santé et les attentes formulées par le niveau national et déclinées dans le CPOM établi avec chaque ARS.

1.1.4 Le contrat d'objectifs et de moyens conclu avec les ARS

Le contrat d'objectifs et de moyens conclu avec les ARS comporte un nombre limité d'objectifs généraux dont le degré d'atteinte pourra être évalué par un ou plusieurs indicateurs.

Pour être mis en œuvre, ils font l'objet d'objectifs opérationnels identifiés par les ARS, comportant eux aussi des indicateurs d'évaluation. Ces objectifs opérationnels sont adaptés à la situation particulière de chaque région. Ils prennent en compte les priorités et objectifs du projet régional de santé arrêté par le directeur de chaque agence.

Le CPOM fait l'objet de modifications annuelles par le biais d'avenants.

Les indicateurs de gestion du risque inclus au CPOM sont communs à l'ARS et aux organismes d'assurance maladie, étant validés par le conseil national de pilotage des ARS.

1.1.5 Les actions de gestion du risque non programmées par le niveau national

Par souci d'efficacité, les caisses nationales peuvent saisir leur réseau, ou les ARS, pour mettre en œuvre rapidement des actions de gestion du risque qui ne figuraient pas dans la programmation nationale qu'elles avaient pu établir.

Ces actions non programmées s'ajouteront à celles prévues par le programme régional de gestion du risque.

Cet ajout sera acté par le directeur régional de l'ARS à la demande expresse des caisses nationales. Il peut donner lieu, comme pour les actions des programmes nationaux de GDR, à des actions complémentaires décidées localement par l'ARS et les organismes et services de l'assurance maladie, examinées au sein de la commission régionale de gestion du risque.

1.1.6 Le contrat pluriannuel de gestion des organismes et services de l'assurance maladie

Le contrat pluriannuel de gestion des organismes et services de l'assurance maladie décline, sur le domaine de la gestion du risque, les objectifs formalisés par le programme pluriannuel régional de gestion du risque, et détermine les moyens associés..

2. Un dispositif régional organisé

2.1 La gouvernance de la gestion du risque

2.1.1 Le rôle du directeur général de l'Agence régionale de santé

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque (art. R1434-9 à R 1434-18 du code de la santé publique) précise que :

« Le directeur général de l'ARS prépare, arrête et évalue le programme pluriannuel régional de gestion du risque... Il le met en œuvre dans les conditions prévues par les articles R. 1434-18 à R. 1434-20 (…) »

Les dispositions législatives et réglementaires ont donc confié au directeur général un rôle primordial dans le pilotage du plan régional de gestion du risque.

2.1.2 La commission régionale de gestion du risque, instance décisionnaire

La commission régionale de gestion du risque est en charge de la préparation, du suivi et de l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque et du contrat liant l'agence régionale de santé et les organismes d'assurance maladie.

Elle se réunit, sous la présidence du Directeur général de l'agence régionale de santé, en formation plénière ou restreinte :

-en formation plénière comprenant, outre son président, le directeur d'organisme ou de service représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM, les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et les représentants des organismes d'assurance maladie complémentaires désignés par l'UNOCAM ;
-en formation restreinte aux directeurs d'organismes ou de service, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM et les représentants des organismes d'assurance maladie complémentaires désignés par l'UNOCAM.

La formation plénière de la commission est consultée sur le programme pluriannuel régional de gestion du risque, avant qu'il ne soit arrêté par le Directeur général de l'agence régionale de santé.

Elle est compétente sur l'évaluation du programme et des contrats liant l'agence régionale de santé et les organismes d'assurance maladie de la région.

Tout en respectant les missions conférées à la formation plénière, la formation restreinte de la commission est investie d'un caractère décisionnaire. Chargée de représenter les organismes, la formation restreinte s'attache à les informer et les consulter et prend position, en leur nom, sur les plans d'actions et modalités de coopération et d'évaluation.

Appelée à se réunir tous les deux mois environ, elle décide des options essentielles et définit le « cahier des charges » confié à une équipe projet pour l'élaboration et le suivi du programme et des contrats.

L'ARS assure le secrétariat des commissions (convocations, compte-rendu..).

Composition de la formation plénière (arrêté de constitution du 21 juin 2011)

Représentants de l'assurance maladie :

Directeur Général de la CPAM des Bouches du Rhône, Directeur coordonnateur régional de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude (régime général)

Directeur de la caisse RSI Provence Alpes, désigné représentant du régime au niveau régional le 13 mai 2011

Directeur de l'AROMSA, désigné représentant du régime au niveau régional

Directeur du service médical régional de l'assurance maladie (régime général)

Médecin conseil régional de la caisse RSI Côte d'Azur

Directeur santé de la caisse RSI Provence Alpes

Médecin coordonnateur de l'AROMSA

Directrice de la CPAM des Alpes de Haute Provence

Directeur de la CPAM des Hautes Alpes

Directeur de la CPAM des Alpes Maritimes

Directeur de la CPAM du Var

Directeur de la CPAM du Vaucluse

Directeur de la caisse RSI Côte d'Azur

Directeur de la caisse MSA Provence Azur

Directeur de la caisse MSA Alpes Vaucluse

Directeur de la CARSAT du sud est

Représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire :
Deux représentants désignés par l'UNOCAM le 3 novembre 2010

Représentants de l'Agence régionale de santé :

Directeur Général

Directeur Général adjoint

Directeur de la Stratégie et de la Prospective

Directeur adjoint de la Stratégie et de la Prospective

Directrice de l'offre de soins et de l'autonomie

Directeur adjoint de l'offre de soins et de l'autonomie

Directeur de la santé publique et environnementale

Délégué territorial des Bouches du Rhône, responsable de la mission territoriale

Responsable du département gestion contractuelle

Médecin du département gestion contractuelle

Chargé de mission du département gestion contractuelle

Composition de la formation restreinte (arrêté de constitution du 21 juin 2011)

Représentants de l'assurance maladie :

Directeur Général de la CPAM des Bouches du Rhône, Directeur coordonnateur régional de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude (régime général)

Directeur de la caisse RSI Provence Alpes, désigné représentant du régime au niveau régional le13 mai 2011

Directeur de l'AROMSA, désigné représentant du régime au niveau régional

Directeur du service médical régional de l'assurance maladie (régime général)

Médecin Conseil régional de la caisse RSI Côte d'Azur

Médecin coordonnateur de l'AROMSA.

Représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire :

Deux représentants désignés par l'UNOCAM le 3 novembre 2010

Représentants de l'Agence régionale de santé :

Directeur Général

Directeur de la Stratégie et de la Prospective

Directrice de l'offre de soins et de l'autonomie

Directeur adjoint de l'offre de soins et de l'autonomie

Directeur de la santé publique et environnementale

Délégué territorial des Bouches du Rhône, responsable de la mission territoriale

Responsable du département gestion contractuelle

Médecin du département gestion contractuelle

Chargé de mission du département gestion contractuelle.

2.2 L'équipe projet régionale de gestion du risque, instance de pilotage opérationnel

A côté de la commission régionale de gestion du risque, est constituée une équipe projet régionale.

Cette instance, de nature technique, est en charge de la conduite des travaux pour l'élaboration du programme et des contrats ; elle exerce les fonctions de comité de pilotage de la gestion du risque .

L'ensemble des supports et orientations proposés par l'équipe projet régionale sont soumis à la validation de la commission régionale de gestion du risque.

Cette équipe se réunit, en principe, une quinzaine de jours avant la réunion de la commission régionale de gestion du risque, afin de déterminer les propositions faites à la commission ; elle peut également être réunie en tant que de besoin.

Elle est aidée dans ses travaux par des groupes de travail thématiques, qu'elle pilote et dont elle coordonne les productions (Voir point 2.3 : les groupes thématiques)

Composition de l'équipe projet régionale (arrêté de constitution du 21 juin 2011)

Représentants de l'assurance maladie :

Directeur adjoint de la CPAM des Bouches du Rhône, représentant le Directeur coordonnateur régional de la gestion du risque (régime général)

Directrice adjointe de la CPAM des Bouches du Rhône

Directeur de l'AROMSA

Médecin conseil régional adjoint du service médical régional de l'assurance maladie (régime général)

Médecin conseil chef de service du service médical régional de l'assurance maladie (régime général)

Médecin Conseil régional par intérim, Directeur Santé de la caisse RSI Provence Alpes

Médecin conseil de la caisse RSI Côte d'Azur

Représentants des Directeurs des caisses RSI Provence Alpes et RSI Côte d'Azur

Médecin coordonnateur de l'AROMSA

Représentants de l'Agence régionale de santé :

Directeur adjoint de la stratégie et de la prospective

Responsable du département gestion contractuelle

Médecin du département gestion contractuelle

Chargé de mission du département gestion contractuelle

Déléguée territoriale des Hautes Alpes

Responsable du service stratégie planification

Directeur adjoint de l'offre de soins et de l'autonomie

Responsable du département performance et qualité du système de santé

Responsable du département organisation de l'offre de soins

Directrice adjointe de la santé publique et environnementale

Ponctuellement, la présence de référents techniques sur des sujets ciblés peut-être sollicitée, tant du côté de l'assurance maladie que de l'ARS.

2.3 Les groupes de travail thématiques

Des groupes de travail de composition mixte ont été constitués sur décision de la commission régionale de gestion du risque en formation restreinte. Des chefferies de projet ont été déterminées, du côté de l'ARS ou de l'assurance maladie, pour conduire les travaux opérationnels et aboutir à l'élaboration de programmes contractualisés et à des modalités d'évaluation.

Chaque groupe rend compte de ses travaux devant l'équipe projet régionale qui :

-s'assure de l'adéquation des actions proposées avec les moyens existants ;

-coordonne les productions avec celles de l'ensemble des groupes thématiques ;

-effectue une pré-validation des travaux ;

-présente les travaux des groupes devant la commission régionale de gestion du risque, pour validation.

Au total, huit groupes de travail ont été constitués pour mener, dans un cadre partenarial, les travaux se rapportant aux dix priorités de gestion du risque partagées, dont le pilotage a été confié aux ARS :

-prescriptions hospitalières de transports sanitaires ;

-prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ;

-médicaments et dispositifs en sus de la liste T2A ;

-prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville ;

-imagerie médicale ;

-chirurgie ambulatoire ;

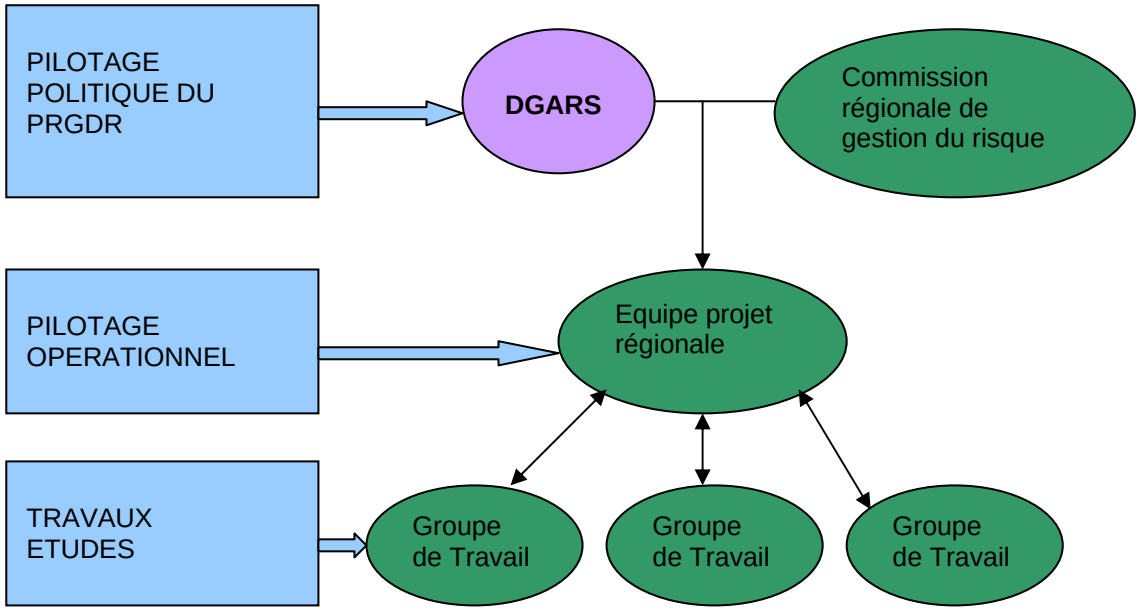
-efficience des EHPAD et efficience des prescriptions dans les EHPAD ;

-soins de suite et de réadaptation.

La permanence des soins ambulatoire et hospitalière fait l'objet de groupes de travail, pilotés par l'ARS, qui devront déboucher sur une organisation régionale de la permanence des soins. Les organismes d'assurance maladie sont tenus informés de l'évolution de cette thématique, via l'équipe projet régionale et la commission de gestion du risque.

Les pilotes et copilotes de ces groupes thématiques ont été destinataires d'une lettre de missions en date du 7 janvier 2011, cosignée par le directeur général de l'ARS, le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude (régime général), le directeur représentant le régime social des indépendants au niveau régional et le directeur représentant le régime agricole au niveau régional.

Vue synoptique de l'organisation régionale



PARTIE 3 : LA DECLINAISON REGIONALE DES PLANS D'ACTIONS NATIONAUX

Le décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque fixe l'architecture type de ce programme, composé de deux parties :
-la première partie du programme décline régionalement les plans d'actions nationaux de gestion du risque ;
-une seconde partie formalise des actions régionales complémentaires.

L'instruction validée par le conseil national de pilotage des ARS, le 9 juillet 2010, définit le contenu de la première partie, en précisant que deux catégories de programmes peuvent être identifiés :
-les programmes nationaux pilotés par les trois régimes d'assurance maladie de l'UNCAM ;
-les priorités de gestion du risque, programmes d'actions destinés à être pilotés par les ARS avec le concours des organismes locaux d'assurance maladie.

1. Le plan national de gestion du risque de l'UNCAM

Cette partie du programme inscrit officiellement dans le PPRGDR la déclinaison régionale du plan d'actions national de gestion du risque, défini chaque année par l'UNCAM. Ce programme est conforme aux dispositions des lois de financement de la sécurité sociale, aux engagements des conventions d'objectifs et de gestion liant l'Etat et les régimes d'assurance maladie, ainsi qu'à ceux du contrat d'objectifs Etat-UNCAM 2010-2013.

Conformément à ce contrat d'objectifs, les actions nationales de gestion du risque comportent quatre axes :

-les programmes de maîtrise médicalisée des dépenses en ville ;

-les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé ;

-les dix programmes prioritaires de gestion du risque pilotés par les ARS ;

-les plans de prévention et d'accompagnement des patients.

1.1 Promouvoir la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par un accompagnement des professionnels de santé libéraux

Les régimes d'assurance maladie mènent depuis 2005 des actions de sensibilisation et d'accompagnement des professionnels de santé en faveur du bon usage des soins et du respect des règles de prise en charge, sur la base des engagements pris avec la profession médicale dans la convention du 12 janvier 2005.

Des programmes permettent de poursuivre et de développer la maîtrise médicalisée des dépenses. Ils reposent sur des actions d'information, de sensibilisation et de pédagogie auprès des médecins par la promotion et la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés individuels de situation des prescriptions des praticiens.
L'information et la sensibilisation déployées auprès des prescripteurs sont prolongées par des actions d'accompagnement d'autres professionnels de santé et par des messages délivrés aux assurés.

1.1.1 La poursuite des actions récurrentes d'accompagnement des professionnels de santé

L'assurance maladie mène depuis plusieurs années des actions de sensibilisation et d'accompagnement sur plusieurs thèmes relatifs aux prescriptions de médicaments, au respect des règles de prise en charge et à l'efficience des prescriptions.

Chaque action est déclinée par les organismes d'assurance maladie et donne lieu à la fixation d'objectifs et d'indicateurs, dans le contrat d'objectifs et de gestion de chaque organisme.

Une fiche thématique, jointe en annexe de la présente partie du programme, présente, pour chaque thème, les modalités de mise en œuvre et les indicateurs de suivi. Cette fiche a vocation à être actualisée dans le cadre de la révision annuelle du programme.

Les prescriptions de médicaments

La Cnamts a mené une étude comparative sur les prescriptions de huit classes thérapeutiques, en France et dans d'autres pays européens, entre 2006 et 2009 (antidiabétiques oraux, antibiotiques, anti-asthmatiques, hypocholestérolémiants, médicaments de l'hypertension artérielle, antidépresseurs, tranquillisants, inhibiteurs de la pompe à protons). Ces classes de médicaments représentaient près de 28% du volume global de consommation de médicaments en France et près de 38% des dépenses totales de médicaments en 2009. Cette étude met en évidence que la France occupe, ex-æquo avec l'Espagne, le second rang européen en terme de volumes consommés, mais présente, parmi l'ensemble des pays observés, la plus faible évolution en volume, avec une croissance annuelle moyenne de 0,5% entre 2006 et 2009.

Les évaluations des précédents programmes ont conduit l'UNCAM à reconduire des actions récurrentes menées sur plusieurs classes thérapeutiques , dans son plan d'actions 2011.

Les antibiotiques.

Depuis 2002, l'assurance maladie agit en faveur du bon usage des antibiotiques.
Deux comportements contribuent à leur bon usage :
-dans un premier temps, ne pas prescrire quand cela n'est pas médicalement justifié, c'est l'abstention thérapeutique ;
-dans un second temps, utiliser les antibiotiques de première intention, chaque fois que possible, c'est la juste prescription.

Ces actions œuvrent en faveur de l'objectif de santé publique visant à diminuer le phénomène de résistance, en évitant les prescriptions inappropriées.

L'objectif du programme consiste à promouvoir les recommandations relatives à l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante, notamment dans les infections respiratoires, en incitant les prescripteurs à identifier les situations relevant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée.

Les antiagrégants plaquettaires

Aujourd'hui, 3 à 5% de la population est concerné par une prescription d'antiagrégant plaquettaire, et le coût du traitement varie de 1 à 24, suivant le choix de l'antiagrégant. Le nombre de nouveaux patients susceptibles de relever chaque année de ces thérapeutiques est estimé entre 200 000 et 300 000 cas en France.
En 2007 sont parues des recommandations de la Haute autorité de santé pour une prescription efficiente des antiagrégants plaquettaires. La HAS a confirmé qu'en l'absence de contre-indication, l'efficacité de l'aspirine est reconnue au moins égale à celle des traitements alternatifs.
Le plan d'actions UNCAM a pour objectif d'encourager l'utilisation de l'aspirine lorsque le choix thérapeutique est possible entre ce principe actif et le clopidogrel, dans le plus strict respect des recommandations internationales. Ce choix est applicable dans le traitement des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs.

Les statines

L'étude comparative sur les médicaments menée par la Cnamts démontre, pour les statines, une évolution favorable du taux de croissance annuel en volume, entre 2006 et 2009 : 4,5% (10% en Allemagne, Italie et Espagne).
Le programme d'actions vise à permettre aux médecins de mieux adapter leur prescription à la situation de leur patient. Dans ce but, l'assurance maladie fournit une information complète et objective sur l'ensemble des statines commercialisées : rappel de l'AMM, évaluation de l'HAS, risques d'interactions médicamenteuses identifiés par l'AFSSAPS.

Les inhibiteurs de la pompe à protons

Comme pour les statines, la France enregistre le taux moyen annuel d'évolution des prescriptions, en volume, le plus faible parmi les pays étudiés (3,6% par an pour un taux supérieur à 10% pour l'ensemble des pays concernés par l'étude).
L'objectif est de limiter les volumes, en lien avec les recommandations médicales, notamment en ce qui concerne l'association IPP-AINS chez les patients ne présentant pas de facteur de risque. Il s'agit également de rappeler l'équivalence d'efficacité des produits et d'informer sur les doses à prescrire afin d'optimiser la prescription.

Les antihypertenseurs

Dans le domaine des médicaments de l'hypertension artérielle, la France enregistre la plus faible évolution en volumes entre 2006 et 2009, mais reste le premier pays en termes de dépenses par habitant.
S'agissant de traitements prescrits à une population importante et souvent pour de longues années, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les médecins traitants prennent en considération dans leur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont comparables et que l'indication et l'état de leurs patients le permettent.
L'action sur les antihypertenseurs vise à promouvoir les recommandations de la HAS concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle à partir de 60 ans, qui préconisent une utilisation préférentielle des diurétiques et des antagonistes calciques.

Les autres prescriptions

Les autres actions concernent des thèmes et des postes de dépenses importants sur lesquels des programmes de sensibilisation peuvent augmenter l'efficience des prescriptions.

Les indemnités journalières

L'enjeu est de maîtriser la croissance des indemnités journalières. L'ensemble des indemnités journalières versées par tous les régimes an niveau national en 2010 s'élevait à 1,2 milliards d'euros, soit une progression de 3,78% par rapport à l'année précédente.

De nombreuses actions sont menées auprès des assurés (contrôles administratifs et médicaux, communication), des professionnels de santé (place du repos dans la prise en charge thérapeutique, référentiels de durée d'arrêts de travail par pathologies, contrôles) et entreprises (prévention) pour améliorer la prescription d'arrêt de travail.

Les prescriptions de transports

Les dépenses de transports de malades remboursés par l'ensemble des régimes se sont élevées à 3,3 milliards d'euros en 2010 au niveau national. Elles ont augmenté de 5,52% par rapport à l'année précédente. Ce taux d'évolution est relativement comparable pour la région PACA (5.75%) avec un total de dépenses remboursées de 336 millions d'euros en 2010.

En mars 2007 est entrée en vigueur la nouvelle règlementation relative à la prise en charge des transports de malades ; elle s'inscrit dans la logique de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 : mieux soigner en dépensant mieux. C'est l'état du malade qui guide la prescription du mode de transport par le médecin : véhicule personnel ou transports en commun, transport en position assise ou couchée.

L'objectif du plan d'actions consiste à informer et sensibiliser les assurés et les professionnels de santé au bon usage des transports : adapter le type de transport en fonction de l'état d'autonomie et de santé du patient et rappeler que la prescription de transport relève d'une décision médicale.

Les prescriptions d'actes de masso-kinésithérapie

Le plan d'actions national a pour objectif d'optimiser la prise en charge de l'activité de kinésithérapie libérale à travers plusieurs axes d'évolution : amélioration de la répartition démographique des kinésithérapeutes, poursuite des démarches de simplification administrative, amélioration de l'efficience de la prise en charge avec référentiels de nombre de séances selon le type de rééducation.

La prescription dans le cadre de l'ordonnancier bizone

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) a été mis en place afin de permettre une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale des soins délivrés aux patients souffrant d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.
Les ALD constituent un enjeu croissant sur les plans humain, sanitaire et financier : près de huit millions de personnes sont atteintes aujourd'hui d'une de ces affections ; le nombre de patients progresse de plus de 5 % par an depuis 10 ans et les soins exposés à ce titre représentent plus de 60 % du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie. La région PACA est particulièrement concernée par cette problématique : alors que la population de PACA représente 7,57% de la population nationale, la région représentait, en 2008, 9% de la totalité des assurés du régime général admis en affections de longue durée au plan national (source Cnamts).
Cette croissance de la part des dépenses prises en charge à 100% est liée à l'augmentation du nombre de patients traités pour des pathologies lourdes et à l'augmentation du coût des traitements. La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) s'est penchée, en 2008, sur la question des affections de longue durée. Elle a relevé que la dépense moyenne annuelle des personnes atteintes d'une ALD est onze fois supérieure à celle des personnes qui sont en dehors de ce régime.

Une meilleure prise en charge de ces affections implique de veiller au respect des conditions de prescription afin que seuls les médicaments, actes et prestations liés à l'ALD soient remboursés à 100%.

Le plan d'actions de l'UNCAM prévoit de rappeler les règles de la prise en charge à 100% pour les personnes en ALD.

1.1.2. Les nouvelles actions d'accompagnement

De nouvelles actions d'accompagnement ont été prévues pour 2011. Elles concernent des thèmes visés par le règlement arbitral approuvé le 3 mai 2010, applicable jusqu'à la signature de la nouvelle convention entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux : les antalgiques, les antidépresseurs, les antidiabétiques, les traitements de l'ostéoporose. En complément, d'autres programmes sur les médicaments s'ajoutent au plan d'actions de l'UNCAM pour 2011 : l'érythropoïétine, les anti-TNF Alpha, la radiologie, plusieurs produits inscrits à la liste des produits et prestations.

Les antalgiques

Ce plan d'actions s'inscrit dans le contexte de retrait des AMM des spécialités à base de dextropropoxyphène, par l'Agence Européenne du médicament, décision motivée par des effets indésirables graves, et confirmée par la commission européenne pour tous les Etats membres.

Il vise à :

-informer les professionnels de santé des modalités de substitution du dextropropoxyphène chez les patients traités pour douleurs chroniques

-améliorer le recours aux antalgiques selon l'intensité de la douleur lors des initiations de traitements

-optimiser la prescription des antalgiques de palier II (opioïdes faibles).

Les antidépresseurs

Il existe un écart important entre les recommandations de bonne pratique et la pratique réelle dans le traitement d'un épisode dépressif caractérisé. Le nombre de faux diagnostics de dépression est élevé alors que la recherche d'idéation suicidaire n'est pas faite chez la moitié des patients. Selon certains auteurs, un tiers des traitements antidépresseurs ne sont pas indiqués, 85% des traitements ont une durée inférieure à six mois et chez un patient sur deux, le traitement dure moins d'un mois.

Le plan d'actions a pour objectifs de :

-rappeler aux médecins généralistes les points forts du diagnostic et ceux de la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé, afin d'améliorer l'identification et la prise en charge globale de cette maladie ;

-améliorer l'efficience de cette prise en charge avec notamment une meilleure utilisation des médicaments antidépresseurs.

Les antidiabétiques

Comme les autres pays développés, la France est confrontée à l'augmentation du diabète de type 2.

Le nombre de patients diabétiques a ainsi augmenté de 40% entre 2001 et 2007, pour atteindre 2,5 millions de personnes .

L'assurance maladie se fixe pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes diabétiques, tout en gérant au mieux les dépenses de soins.

La HAS a émis des recommandations sur les instaurations de traitement et la stratégie de prise en charge en matière de diabète. Le plan d'actions national vise à augmenter le suivi de ces recommandations.

Les traitements de l'ostéoporose

L'action concernant ce thème poursuit un double enjeu :

>de santé publique :

-améliorer la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi des patients atteints d'ostéoporose en vue de limiter les complications et les risques liés aux fractures vertébrales et extra-vertébrales, en particulier celles du col du fémur ;

-promouvoir les recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS tant en matière de prescription de l'ostéodensitométrie que dans le choix thérapeutique ;

-promouvoir les formes génériques dans leurs indications ;

-sensibiliser les prescripteurs au problème de l'observance du traitement .

>économique :

-optimiser la prescription de l'ostéodensitométrie ;

-optimiser la prescription médicamenteuse.

L'érythropoïétine (EPO)

Les traitements par érythropoïétine stimulent la production de globules rouges ; ils sont utilisés pour traiter les anémies sévères liées à l'insuffisance rénale chronique sévère et à des chimiothérapies et éviter ainsi de recourir à des transfusions sanguines. Ils sont également utilisés lors des transfusions autologues différées et pour la chirurgie orthopédique majeure lorsqu'elle est programmée.

L'action a pour objectifs de :

-rappeler les précautions de suivi afin d'améliorer la prise en charge des patients ;

-diminuer les prescriptions hors AMM ;

-maîtriser les coûts.

Les anti-TNF Alpha

Ces traitements ont été d'un apport décisif dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques sévères du tube digestif et rhumatologiques. Ils ne sont toutefois pas dénués de risques tels que le développement de maladies infectieuses, en particulier celui de la tuberculose, en raison de la diminution des défenses immunitaires.

C'est pourquoi ils doivent être prescrits en deuxième intention et pour des formes sévères et résistantes aux traitements de fond habituels.

Le plan d'actions de l'UNCAM prévoit de :

-rappeler les conditions de prise en charge ;

-diminuer les traitements non justifiés, dangereux et coûteux.

Les actes de radiologie

Le plan d'actions consiste à diffuser auprès des professionnels de santé les fiches de bon usage de la HAS sur trois types de radiographies : le crâne, l'abdomen, le thorax afin de diminuer les irradiations inutiles et optimiser les coûts.

La liste des produits et prestations

Deux actions seront conduites sur la liste des produits et prestations en 2011.

>les bandelettes d'auto-surveillance glycémique

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, les régimes assureront la mise en œuvre du forfait de 200 bandelettes d'auto-surveillance glycémique pour le diabète de type 2 non traité à l'insuline.

Un courrier sera adressé :

-aux patients diabétiques dont la consommation est supérieure à 200 bandelettes ;

-aux médecins généralistes et spécialistes libéraux, aux médecins hospitaliers.

Par ailleurs, des informations seront mises à la disposition des infirmières et des pharmaciens.

>la pression positive continue (PPC)

La pression positive continue permet de lever les apnées obstructives pendant le sommeil en appliquant au moyen d'un masque étanche un flux d'air continu au niveau des voies aériennes supérieures.
La prescription d'un traitement par pression positive continue relève d'indications médicales précises et s'appuie préalablement sur des mesures adéquates.

Le plan d'actions 2011 prévoit la mise en œuvre d'une campagne de courriers adressée aux patients qui bénéficient d'un traitement par PPC, pour les rendre acteurs de leur prise en charge et améliorer l'observance de leur traitement. Ces courriers s'adresseront aux « primo-prescrits », comme aux patients déjà sous PPC.

Cette campagne de courriers vise plusieurs objectifs :

-faciliter une meilleure gestion de leur traitement par les patients ;

-favoriser le retour des équipements non utilisés chez le prestataire ;

-augmenter le niveau d'exigence auprès des prestataires en rappelant les droits des patients vis-à-vis du fournisseur.

Conformément à l'ONDAM 2011 arrêté par la LFSS 2011, l'ensemble des actions de maîtrise médicalisée doit permettre d'atteindre, au niveau national, 551 millions d'euros d'économies, réparties comme précisé dans le tableau ci après.

Thèmes	**Economie attendue (en millions d'euros)**
Thèmes récurrents (antibiotiques, statines, IPP, antihypertenseurs, antiagrégants plaquettaires)	181
Nouveaux thèmes (antalgiques, antidépresseurs, EPO, anti TNF Alpha, antidiabétiques, traitements de l'ostéoporose)	75
Sous total médicaments	**256**
LPP	10
Masso-kinésithérapie	50
IJ	75
Transports	90
ALD	40
Actes (masso-kinésithérapie et radiologie)	30
TOTAL	**551**

L'ensemble des actions de promotion de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, inscrites au présent chapitre, donnent lieu à la détermination d'objectifs et d'indicateurs pour chaque organisme d'assurance maladie. Le descriptif des actions, les objectifs et indicateurs sont formalisés sur des fiches thématiques, figurant en annexe de la présente partie du programme ; ces fiches seront révisées annuellement.

1.2 Déployer des programmes d'efficience de l'offre en établissements

L'assurance maladie mène de puis plusieurs années des actions en direction des établissements , en faveur de l'efficience de l'offre.

Le plan d'actions de l'UNCAM prévoit de poursuivre et d'étendre ces actions, à travers quatre volets.

1.2.1 Poursuivre et étendre le dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses dans les établissements de santé

Dans le prolongement des engagements pris avec les médecins libéraux sur le bon usage des soins et la maîtrise médicalisée des dépenses, l'assurance maladie a développé depuis 2006 une démarche de sensibilisation et d'accompagnement en direction des établissements de santé, en s'intéressant aux prescriptions de transports et de médicaments exécutées en ville.

Cette démarche a été ensuite étendue aux EHPAD .

Le plan d'actions de l'UNCAM pour 2011 reconduit ce dispositif, qui intervient de façon complémentaire aux actions menées dans le cadre partagé des priorités de gestion du risque pilotées par les ARS sur les prescriptions hospitalières de transports et de médicaments.

1.2.2 Poursuivre le programme de mise sous accord préalable des établissements de santé en chirurgie ambulatoire et hors ambulatoire

Depuis 2008, l'assurance maladie contribue au développement de la chirurgie ambulatoire, en mettant en œuvre la procédure de mise sous accord préalable des établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité de chirurgie, sur 17 gestes marqueurs parmi les 18 gestes étudiés par l'observatoire national de la chirurgie ambulatoire. Un accord préalable de l'assurance maladie est requis avant réalisation d'actes chirurgicaux nécessitant une hospitalisation d'au moins une nuit. La mise sous accord préalable d'un établissement est notifiée par le directeur de l'ARS, pour une durée maximale de six mois, sur proposition de l'assurance maladie.

Par ailleurs, la procédure a été étendue à d'autres prestations d'hospitalisation, en vertu de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 qui stipule en son article 59 que le dispositif de mise sous accord préalable des établissements de santé prévu à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale soit étendu aux établissements présentant : « une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la haute autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de santé publique pour une activité comparable. »
Cette démarche se met en place dans le cadre du plan d'actions 2011 ; elle concerne les activités de chirurgie bariatrique et plastique, les hospitalisations de jour pour le diabète, les actes soumis à forfait sécurité environnement en consultation externe et les séjours hospitaliers classés en CM23 (lorsque les séjours sont classés dans cette catégorie, on ne dispose pas d'information permettant d'identifier la pathologie).

1.2.3 Développer les mises sous accord préalable pour les prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation

Le dispositif de mise sous accord préalable est étendu, dès 2011, aux prestations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer le nombre d'hospitalisation non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge.

1.2.4 Développer la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

La déclinaison du plan d'actions de l'UNCAM dans ce domaine interviendra en complément des actions menées en commun dans le cadre de la priorité de gestion du risque pilotée par l'ARS, relative à l'insuffisance rénale chronique, en vue de l'élaboration d'un état des lieux et d'une stratégie régionale en ce domaine.

1.3 Développer des actions de prévention

Les régimes d'assurance maladie constituent l'un des acteurs importants des politiques de prévention, dans le cadre des orientations nationales déterminées par les lois de santé publique et les plans ou programmes en découlant, auxquels les régimes concourent en termes de financement et en termes opérationnels.

Au-delà de la sensibilisation des professionnels et des assurés, et notamment de celles et ceux qui sont le plus éloignés du système de santé, à la nécessité de recourir aux actions qui leur sont proposées, les régimes d'assurance maladie développeront, en application des stipulations du contrat d'objectifs Etat-UNCAM et de leurs conventions d'objectifs et de gestion, des politiques d'information des assurés et d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients.

1.3.1 Développer les actions de prévention ciblées sur des pathologies ou des publics

Prévention bucco-dentaire

Les régimes poursuivront leurs actions visant à faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention MT' Dents et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant en zones défavorisées.

Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal)

Les régimes continueront à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'information des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés et de réduire les inégalités régionales constatées en ce domaine. Un effort particulier sera proposé pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins. Le comité de pilotage régional mis en place à cet effet sera un des outils stratégiques de pilotage, de coordination et de suivi des actions permettant de poursuivre et d'améliorer les taux de dépistage. Une mobilisation accrue de tous les partenaires est nécessaire. A titre d'illustration, les taux de participation en 2010 pour la région PACA sont seulement de 30% pour le dépistage du cancer colorectal et de 44% pour le dépistage du cancer du sein, alors que les taux cibles fixés pour 2013 sont respectivement de 50% et 65%.

Vaccinations

Concernant les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière ou contre la rougeole, oreillons, rubéole (ROR), les régimes poursuivront leurs actions de sensibilisation des populations prioritaires en vue d'augmenter le taux de participation aux campagnes et la couverture vaccinale de la population.

Ces actions sont en effet prioritaires en région PACA, qui présentait en 2010 un taux d'incidence de la rougeole de 10 cas pour 10 000 habitants avec un pic épidémique en 2011 (plus de 2700 cas déclarés) et une couverture vaccinale à 24 mois inférieure à la moyenne nationale sur la plupart des départements.

De même que pour le dépistage des cancers, la stratégie régionale de la politique vaccinale sera suivie et impulsée au sein du comité de pilotage, constitué dans ce cadre. L'assurance maladie s'associe aux différents groupes de travail chargés de faire des propositions concrètes visant à améliorer la couverture vaccinale en PACA.

Prévention et prise en charge de l'obésité

Sur cet axe, l'assurance maladie poursuivra ses programmes de prévention de l'obésité et de conseils nutritionnels en lien avec le médecin traitant. Un effort particulier sera mené auprès des populations défavorisées et des enfants, en complément des actions initiées par l'Etat (déploiement d'outils facilitant le dépistage du risque d'obésité) et les ARS (structuration de l'offre).

1.3.2 Aider les patients à devenir acteurs de leur santé

Le contrat d'objectifs Etat-UNCAM fixe, parmi ses objectifs, l'utilisation de nouveaux leviers dans la prise en charge des maladies chroniques. La prévalence des maladies chroniques s'est en effet progressivement accrue au point de devenir un enjeu sanitaire et un enjeu de société ; environ 15 millions de personnes sont actuellement atteintes de maladies chroniques en France. En lien avec le vieillissement de la population, la région PACA est concernée au premier plan par ces préoccupations.

Dans ce contexte, les organismes d'assurance maladie poursuivront les programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des pathologies chroniques qu'ils ont initiés, notamment en matière de diabète et pathologies cardio-vasculaires, et sensibiliseront les professionnels de santé à ces thématiques. Le régime général poursuivra ses programmes relatifs aux maladies cardiovasculaires et aux maladies respiratoires (BPCO) dans les centres d'examen de santé ; les caisses de mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants maintiendront leurs engagements respectifs en faveur de l'éducation thérapeutique dans les maladies cardiovasculaires et le diabète.

1.4 Favoriser l'accès à la prévention et aux soins

A côté du plan d'actions Etat-UNCAM, les caisses d'assurance maladie du régime général développent une politique d'action sanitaire et sociale qui contribue à faciliter l'accès aux soins et à réduire les inégalités de santé, par le biais d'une action harmonisée en direction des populations fragilisées et une adaptation aux contextes économiques et sociaux locaux.

Outre les prestations d'action sanitaire et sociale accordées sous conditions de ressources, de façon ponctuelle et exceptionnelle aux personnes malades, les caisses d'assurance maladie facilitent l'adhésion à une complémentaire santé dans le cadre d'aides transitoires. La Cnamts relève que l'aide à la complémentaire santé (ACS) reste un dispositif encore sous-utilisé au regard de la population potentiellement concernée. Elle met en œuvre des programmes d'échanges de données (Cnaf, Cnavts) afin d'identifier des bénéficiaires éventuels et leur apporter une information utile. Par ailleurs, les caisses sont invitées à accompagner le dispositif légal par le versement d'aides financières sur le fonds d'action sanitaire et sociale, soit pour compléter le montant de l'ACS, soit pour faciliter l'accès à une couverture complémentaire des personnes dont les ressources sont situées au dessus du seuil d'attribution de l'ACS. Ces aides ont un caractère transitoire pour permettre aux personnes de s'engager dans une démarche positive d'adhésion à une complémentaire santé et de gestion de leur propre santé. Elles concernent la population du régime général ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire.

1.5 Fiches synthétiques du plan d'actions national de l'Uncam

N° de fiche : 01

Thème : Les transports

Rappel de l'objectif général

Rationaliser l'usage du transport.

Objectif(s)

Infléchir les montants tendanciels des dépenses de transports, conformément aux objectifs de maîtrise médicalisée définis dans les avenants conventionnels et les ONDAM.

Promouvoir la bonne utilisation des prescriptions de transports.

Garantir l'utilisation du mode de transport le plus adapté à l'état du patient et à son degré d'autonomie. *L'Assurance Maladie poursuivra en particulier ses visites afin de sensibiliser les établissements éligibles au contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports prévu par l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale.*

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) : **Maîtrise du taux d'évolution des dépenses de transport.**

CPAM	Objectif local	Objectif régional RG	Objectif régional RSI
Alpes de Haute Provence	2,8%	2,9%	2,9%
Hautes Alpes	3,5%		
Alpes Maritimes	2,6%		
Bouches-du-Rhône	2,8%		
Var	3,3%		
Vaucluse	3,4%		

N° de fiche : 02

Thème : La chirurgie ambulatoire

Rappel de l'objectif général

Promouvoir le recours à la chirurgie ambulatoire.

Objectif(s)

Le développement de la chirurgie ambulatoire vise à répondre aux besoins des patients et à améliorer l'efficience des établissements de santé.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) : **Augmenter le taux de pratique de chirurgie ambulatoire pour 17 gestes marqueurs.**

MSAP Chirurgie ambulatoire	2011
Objectif national	200
Objectif régional	15

N° de fiche : 03

Thème : Les soins de suite et de réadaptation

Rappel de l'objectif général

Garantir l'efficience du recours aux
établissements de soins de suite et de réadaptation.

Objectif(s)

L'orientation en soins de suite et de réadaptation pour que celle-ci réponde à un seul besoin médical selon des critères définis par la HAS

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) : Mise sous accord préalable d'établissements de santé ciblés.

CPAM	Objectif régional	Objectif national
Provence Alpes Côte d'Azur	12 établissements M.S.A.P.	189

N° de fiche : 04

Thème : Les prescriptions médicamenteuses des professionnels de santé hospitaliers.

Rappel de l'objectif général

Maîtriser l'évolution des dépenses de certaines classes de médicaments prescrits en établissement.

Objectif(s)

Favoriser les pratiques de prescriptions utiles et efficientes.
L'Assurance Maladie poursuivra ses visites afin de sensibiliser les établissements éligibles au contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments prévu par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) : Maîtrise du taux d'évolution des prescriptions médicamenteuses des professionnels de santé hospitaliers (en montants remboursés).

Evolution des montants remboursés	2011
Objectif national	+7,4%
Objectif régional	+6,8%

N° de fiche : 05

Thème : Les arrêts de travail

Rappel de l'objectif général

Réduire le nombre d'arrêts de travail non médicalement justifiés.

Objectif(s)

Réduire le nombre d'arrêts de travail non médicalement justifiés et corrélativement le nombre et la durée des indemnités journalières.

Diffusion de nouveaux référentiels sur la durée des arrêts de travail.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) :

Ralentir l'évolution des montants des IJ en agissant sur les arrêts de travail non médicalement justifiés (AS/AT)

CPAM	Objectif local	Objectif régional RG	Objectif régional RSI
Alpes de Haute Provence	4,6%	4,4%	4,3%
Hautes Alpes	4,9%		
Alpes Maritimes	3,9%		
Bouches-du-Rhône	4,0%		
Var	4,5%		
Vaucluse	4,6%		

Diminuer l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail en agissant sur ceux non médicalement justifiés (AS/AT)

CPAM	Objectif local	Objectif régional RG
Alpes de Haute Provence	2,2%	1,7%
Hautes Alpes	2,4%	
Alpes Maritimes	1,5%	
Bouches-du-Rhône	1,5%	
Var	2,1%	
Vaucluse	2,2%	

N° de fiche : 06

Thème: Prescriptions médicamenteuses de professionnels de santé libéraux

Rappel de l'objectif général

Maîtriser l'évolution des dépenses de certaines classes de médicaments

Objectif(s)

Favoriser les pratiques de prescriptions utiles et efficientes

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) :

Maîtriser l'évolution des dépenses de certaines classes de médicaments

Statines (taux d'évolution annuel)

CPAM	Objectif local	Objectif régional RG	Objectif régional RSI
Alpes de Haute Provence	3,7%	3,2%	2,8%
Hautes Alpes	3,7%		
Alpes Maritimes	3,3%		
Bouches-du-Rhône	3,0%		
Var	3,5%		
Vaucluse	3,2%		

Inhibiteurs de la pompe à protons (I.P.P.) (taux d'évolution annuel)

CPAM	Objectif local	Objectif régional RG	Objectif régional RSI
Alpes de Haute Provence	- 1,2 %	- 1.5%	-1,7%
Hautes Alpes	- 0,5 %		
Alpes Maritimes	- 1,9 %		
Bouches-du-Rhône	- 1,6 %		
Var	- 1,0 %		
Vaucluse	- 1,1%		

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (I.E.C.) / sartans (taux d'évolution annuel)

CPAM	Objectif local	Objectif régional RG	Objectif régional RSI
Alpes de Haute Provence	-10,1%	- 10,3%	-10,3%
Hautes Alpes	-9,3%		
Alpes Maritimes	-10,4%		
Bouches-du-Rhône	-10,5%		
Var	-10,0%		
Vaucluse	-9,8%		

Antidiabétiques (taux d'évolution annuel)

CPAM	Objectif local	Objectif régional RG	Objectif régional RSI
Alpes de Haute Provence	12,5%	12,4%	12,3%
Hautes Alpes	13,3%		
Alpes Maritimes	12,2%		
Bouches-du-Rhône	12,2%		
Var	12,7%		
Vaucluse	12,8%		

N° de fiche : 07

Thème : La Masso-kinésithérapie

Rappel de l'objectif général

Limiter l'évolution des dépenses de masso-kinésithérapie.

Objectif(s)

Dans un contexte de simplification administrative, avec une forte préoccupation d'améliorer l'efficience de ce type de soins et l'homogénéité du recours aux soins sur le territoire, limiter l'évolution des dépenses de masso-kinésithérapie.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) :

Ralentir l'évolution des dépenses de masso-kinésithérapie.

CPAM	Objectif local	Objectif régional RG	Objectif régional RSI
Alpes de Haute Provence	3,0%	2,7%	3,1%
Hautes Alpes	3,5%		
Alpes Maritimes	2,4%		
Bouches-du-Rhône	2,5%		
Var	3,1%		
Vaucluse	3,4%		

N° de fiche : 08

Thème : Accompagnement des professionnels de santé & visites en établissements de santé

Rappel de l'objectif général

Assurer un déploiement efficace des délégués de l'Assurance Maladie et des praticiens conseils.

Objectif(s)

Permettre une utilisation efficiente des moyens de contact – délégués de l'assurance maladie et praticiens conseil – avec les professionnels de santé en assurant un nombre de visites fixé en début d'année.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) :

Assurer un nombre de visites nécessaire au bon accompagnement des professionnels de santé.

	Délégués de l'Assurance Maladie (D.A.M.)	Entretiens Confraternels	DAM + EC	Maîtrise médicalisée hospitalière (MMH)
	Objectif Local	Objectif Local	Objectif régional	Objectif régional
CPAM	Nombre de visites DAM tous PS libéraux	Nombre d'EC tous PS libéraux	Nombre de contacts tous PS libéraux (DAM + EC)	MMH Nombre de visites en établissements
Digne	1 100	160	44 110	690
Gap	1 050	170		
Nice	9 050	1210		
Marseille	16 000	2440		
Toulon	7500	1020		
Avignon	3850	560		

N° de fiche : 09

Thème : Maîtrise médicalisée en entreprise

Rappel de l'objectif général

Accompagner les entreprises jugées atypiques en matière d'absentéisme.

Objectif(s)

Dans une action commune, la Caisse d'Assurance retraite et santé au travail, le Service médical et les Caisses primaires d'Assurance Maladie visitent les entreprises ciblées en atypie quant au nombre de leurs salariés en arrêt de travail sur une année.
L'Assurance Maladie propose un accompagnement à l'entreprise visant, par divers moyens, à la réduction du nombre de jours d'arrêt de travail.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) :

Nombre de visites aux entreprises ciblées comme atypiques en matière d'absentéisme.

	Maîtrise médicalisée en entreprise Objectif régional
CPAM	**Nombre d'entreprises visitées**
Digne	35
Gap	
Nice	
Marseille	
Toulon	
Avignon	

N° de fiche : 10

Thème : Taux de recouvrement des indus T2A

Rappel de l'objectif général

Assurer le recouvrement des indus notifiés dans le cadre du contrôle de la tarification à l'activité.

Objectif(s)

Dans le cadre du suivi des indus notifiés dans le cadre du contrôle de la tarification à l'activité, l'objectif est d'obtenir un recouvrement intégral des indus T2A

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) :

Obtenir un recouvrement intégral des indus T2A

CPAM	Taux de recouvrement des indus T2A (objectif RG)	Taux de recouvrement des indus T2A (objectif régional RSI)
Objectif national	100%	100%

N° de fiche : 10 bis

Thème : Contrôle T2A

Rappel de l'objectif général

Harmoniser le taux de contrôle des séjours des établissements MCO tarifés à l'activité entre les régions.

Objectif(s)

Contrôler sur site 0,60 % des séjours produits.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Indicateurs :

DRSM	**0,60 %**

N° de fiche : 11

Thème : Examen bucco-dentaire dans les zones défavorisées

Rappel de l'objectif général

Renforcer les actions de prévention – notamment pour la santé bucco-dentaire – en direction des populations les plus fragiles.

Objectif(s)

Mettre en place, dans deux classes d'une école en ZEP au moins, une action de prévention dans le cadre de la santé bucco-dentaire.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) :

Etendre la couverture du champ de l'action de prévention bucco-dentaire (MT'dents) dans les zones défavorisées (zone d'éducation prioritaire).

CPAM	Classes en ZEP par département faisant l'objet d'une action de prévention de santé bucco-dentaire.
Digne	2
Gap	2
Nice	2
Marseille	2
Toulon	2
Avignon	2

N° de fiche : 12

Thème : Dépistage du cancer du sein chez les bénéficiaires de la CMUC

Rappel de l'objectif général

Renforcer les actions de prévention – notamment le dépistage du cancer du sein – en direction des populations les plus fragiles.

Objectif(s)

Favoriser l'accès au dépistage organisé du cancer du sein pour l'ensemble des femmes bénéficiaires de la CMUC.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) :

Améliorer la participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes bénéficiant de la CMUC.

CPAM	Dépistage du cancer du sein pour les femmes bénéficiant de la CMUC
Digne	+ 2 pts
Gap	+ 3 pts
Nice	+ 3 pts
Marseille	+ 3 pts
Toulon	+ 3 pts
Avignon	+ 3 pts

N° de fiche : 13

Thème : Faciliter l'accès aux soins

Rappel de l'objectif général

Etendre le dispositif d'aide à la complémentaire santé.

Objectif(s)

Accompagner le dispositif légal de l'aide à la complémentaire santé par le versement d'aides financières sur le Fonds d'action sanitaire et sociale, soit pour compléter le montant de l'ACS , soit pour faciliter l'accès à une couverture complémentaire des personnes dont les ressources sont situées au dessus du seuil d'attribution de l'ACS.

Indicateurs inscrit(s) aux Contrats Pluriannuels de Gestion des organismes d'Assurance Maladie.

Intitulé objectif(s) :

Améliorer le taux de bénéficiaires d'aides financières destinées à l'acquisition d'une couverture complémentaire par rapport à la population précaire.

CPAM	Taux de bénéficiaires d'une aide complémentaire à l'ACS
Objectif national	+ 2,0%

2. Les priorités de gestion du risque portées par les Agences régionales de santé

La politique de gestion du risque s'inscrit dans tous les objectifs de santé et dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance des offreurs de santé. Elle place le patient au centre du système de santé dans une logique décloisonnée du système de soins.
Les actions mises en œuvre doivent permettre d'infléchir durablement les comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé, qu'ils soient professionnels de santé en ville ou à l'hôpital, assurés, établissements et services de soins.

Des priorités en matière de gestion du risque (GDR) ont été données pour 2010 et 2011 aux ARS et aux organismes locaux d'assurance maladie.

L' instruction nationale 9 juillet 2010 a défini 10 programmes prioritaires de gestion du risque pour la période 2010-2011 :

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital
- La prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique (IRC)
- Les médicaments et dispositifs en sus de la liste T2A
- Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficience des EHPAD
- Les prescriptions dans les EHPAD
- Les soins de suite et de réadaptation
- La permanence des soins ambulatoire et les urgences

Ces programmes d'actions (détaillés ci-dessous) sont conduits conjointement par les ARS et les services et organismes de l'assurance maladie. Chaque programme est porté au niveau national par un groupe de travail pluridisciplinaire réunissant les directions du Ministère et la Cnamts.

La mise en œuvre de ces programmes, assortis d'objectifs précis, doit permettre de renforcer l'efficience du système de soins et ainsi de contribuer au respect de l'ONDAM (objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie), voté par le Parlement et fixé pour 2011 à 2.9% (soit 167,1 milliards d'euros).

Programme	Détail des actions	Economie 2010	Economie 2011
Transports sanitaires	- Contractualisation ARS avec les établissements de santé - Expérimentation de plate-formes de transports sanitaires - Elargissement du programme GDR transport aux EHPAD	90M€[1]	**90M€**
Prise en charge IRC	- Dépistage de l'IRC - Développement de la Dialyse péritonéale - Développement des greffes	30M€	**100M€**
Médicaments et dispositifs en sus de la liste T2A	- Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	90M€	**90M€**
Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville	- Identification des prescripteurs hospitaliers - Maîtrise des volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés	20M€	**60M€**
Imagerie médicale	- Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle - Favoriser un développement soutenable des équipements lourds	100M€[2]	**100M€**
Chirurgie ambulatoire)	- Développement de la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs - Développement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive	30M€	**50M€**
Efficience des EHPAD	- Améliorer la coordination des professionnels de santé intervenant en EHPAD - Diffuser les bonnes pratiques - Développer les systèmes d'information - Construire un dispositif d'évaluation	**Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficientes dans les EHPAD**	
Prescription dans les EHPAD	- Elaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins libéraux ; - Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD	**Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD**	
Soins de suite et de réadaptation	- Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint - Mise en œuvre d'une politique efficiente et maîtrisée du SSR	**Respecter les enveloppes SSR définies dans l'ONDAM**	
Permanence des soins ambulatoire et urgences	- Assurer une permanence des soins accessible et efficiente - Assurer l'articulation entre la PDS ambulatoire et les urgences hospitalières	**Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3%/an)**	
TOTAL		**360M€**	**490M€**

[1] Ces 90 M€ sont communs avec les économies sur les transports sanitaires des programmes nationaux de l'UNCAM

[2] Dont baisse tarifaire

2.1 Les transports sanitaires

Le programme Transports a pour objectifs :

- La régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital
- La redéfinition du modèle d'organisation du transport de malades (en développant notamment le transport partagé).

Pour ce faire, les principaux leviers identifiés portent sur le dispositif de contractualisation avec les établissements et l'identification des pratiques de prescriptions non conformes.

Le contexte lié aux transports justifie cette priorité dans le cadre de la gestion du risque confiée aux ARS.

Quelques chiffres repères au niveau national :

- 67 millions de transports sont prescrits chaque année (à 37% par des médecins libéraux et à 63% par les établissements de santé et médico-sociaux) pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus)
- Ces transports sont répartis, en montants, à hauteur de 42% pour l'ambulance, 23% pour le VSL et 31% pour les taxis (4% autres) ce qui représente au niveau national 3358 millions d'euros de dépenses remboursables, tous régimes pour 2009.
- L'analyse des dépenses de transport met en évidence une augmentation de 7,2% en valeur pour l'année 2009, s'expliquant pour 4,2% par des hausses tarifaires et pour 3% par l'évolution en volumes.

Au-delà des actions organisationnelles et de régulation financière, le programme Transports vise à mieux cibler les dépenses en fonction des besoins strictement justifiés par l'état de santé des patients.

Le programme "GDR transports" comporte des objectifs de 3 niveaux : une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades, une démarche contractuelle de régulation des dépenses et le développement de nouveaux modes d'organisation.

<u>Les objectifs à atteindre se rapportant au transport des patients sont</u> :

- Le ciblage, la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs,
- La mise en œuvre d'une démarche contractuelle, avec les établissements de santé, de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement,
- Le développement de nouvelles modalités d'organisation des transports.

2.2 L'insuffisance rénale chronique

Le programme vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) via la diffusion des recommandations nationales existantes, l'amélioration des organisations de prise en charge (notamment freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, particulièrement la dialyse péritonéale) et le développement de la greffe rénale.

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale et 68 000 une IRC terminale (dont 55% traités en dialyse et 45% ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47% des nouveaux cas. Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entres-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

Parmi les types de stratégies de traitement existantes, la dialyse péritonéale (DP) est sous-utilisée en France : 7,2% des dialysés (rapport REIN 2008) contre 15% pour les autres pays de l 'OCDE, avec une variation très importante d'une région à l'autre (2 à 19% selon le rapport REIN 2008; 3 à 25% selon les données CNAMTS 2007), sans justification médicale évidente. Le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) est le premier critère de décision. A bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché. L'hémodialyse (HD) en unité de dialyse médicalisée (UDM) doit continuer à se développer. La similarité des profils des malades (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribués vers la DP assistée. Le développement de la DPA autonome et de l'autodialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organes.

La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et le plus favorable en quantité et en qualité de vie. Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soin ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes car la pénurie d'organes n'est pas une fatalité. Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1882 greffes rénales en 1998 à près de 2937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5% par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons, prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque; diminution du taux de refus de don (30 % en France contre 15% en Espagne). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50 % des malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

Les objectifs du programme sont donc :

- La diffusion des recommandations médicale existantes, en l'attente des résultats de l'évaluation médico-économique en cours par la HAS
- L'analyse et la levée des freins organisationnels au développement de la dialyse, notamment hors centre de dialyse péritonéale

2.3 Les médicaments et dispositifs en sus de la liste T2A

[2]La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a un double objectif :

- Favoriser un usage efficient des dispositifs concernés ;

- Prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les référentiels de bon usage).

La maitrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé –spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés. En effet, ces dépenses pour 2009 se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5Md€ pour les médicaments et 1,5Md€ pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) soit une progression globale de +5,2% par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments.

Il reste toujours essentiel d'agir sur la maîtrise des dépenses de produits de santé en sus et ce d'autant que de nombreux établissements connaissent encore une forte croissance de dépenses. En outre, le plan Cancer 2009-2013 prévoit (mesure 21) « de garantir un égal accès au traitement et aux innovations », ce qui implique une utilisation des molécules anticancéreuses conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Pour l'application de cette mesure, l'Inca, dans son rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009 (annexe 4), propose des modalités de mise en œuvre du contrôle du respect des référentiels.

Un plan national a été mis en œuvre en 2009, comportant une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale (art 47-I de la LFSS pour 2009). Au-delà de la récupération d'indus issue des contrôles, le cadre général est centré en 2010 sur la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

La régulation repose au premier chef sur un dialogue constructif entre l'ARS et l'établissement de santé en vue d'améliorer ses pratiques de prescriptions hospitalières, en favorisant le développement des processus pertinents internes à l'hôpital, l'outil de référence, à cet effet, étant le plan d'actions. La mise en œuvre de l'article L.162-22-7-2 s'effectue selon le schéma suivant :

- Opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance (lors de la phase 1 « Ciblage des établissements »)
- Identifier les causes des progressions constatées (lors de la phase 2 « Détection des pratiques de prescription non conformes aux référentiels de bon usage (RBU) »)
- Réaliser un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription (lors de la phase 3 « Conclusion d'un plan d'actions »)

2.4 Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées ou délivrées en ville

L'objectif du programme consiste à réguler les dépenses liées aux prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (PHMEV) en s'appuyant sur l'identification puis la contractualisation avec les établissements ciblés, caractérisés par des évolutions importantes de leurs dépenses et l'existence de marges de progrès en termes de bonnes pratiques.

Les dépenses de prescriptions hospitalières en ville du régime général représentaient 7,9 Md€ en 2008 soit 19,6% de l'ensemble des prescriptions remboursées en ville. Entre 2007 et 2008 ces dépenses ont augmenté de +5,5%.

Près de la moitié de la progression provient des dépenses de pharmacie. Structurellement les prescriptions hospitalières de médicaments ont une croissance plus dynamique que celle de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatite, sclérose en plaque, etc.) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

En 2009, les prescriptions de médicaments des médecins hospitaliers exécutées en ville représentaient 28% du poste médicament sur l'enveloppe de soins de ville (22% délivrées en officine et 6% en rétrocession), avec une croissance supérieure à la moyenne (7% entre 2008 et 2009). A elles seules, elles représentaient 68% de la croissance du poste.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers à l'issue de séjours hospitaliers, dans le cadre des consultations externes et des services d'urgence ; elles sont délivrées soit par les pharmacies d'officine, soit par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession.

Bien que plusieurs facteurs structurels (type de molécules prescrites, baisse de prix et inscription au répertoire des génériques concentrées sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et augmentation des besoins de soins prescrits) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité.

Près de 60 % des prescriptions hospitalières en ville (hors rétrocession) concernent des médicaments de spécialités, se répartissant principalement entre traitement du cancer, du VIH et des hépatites, EPO, traitement de la polyarthrite et immunosuppresseurs

Les médicaments de pathologies chroniques arrivent loin derrière avec 16 % des prescriptions ; parmi elles, les antiagrégants plaquettaires (AAP) représentent 25 % de la dépense, les antihypertenseurs 19 %, les antidiabétiques 17 %, et les antiasthmatiques 15 %. Enfin, 70 % des dépenses de médicaments de psychiatrie sont des antipsychotiques.

Dans le total des prescriptions délivrées en officine, la part des hospitaliers est très variable selon les classes. Elle est naturellement plus importante pour les médicaments de spécialités, mais même au sein de cette dernière les disparités sont importantes. Ainsi, 76 % des médicaments du VIH et de l'hépatite sont prescrits par des hospitaliers (sans compter la rétrocession), de même que 82 % des immunosuppresseurs, 84 % des hormones de croissance et 70 % des EPO. En revanche, les prescriptions de médicaments anticancéreux délivrés en officines émanent des hôpitaux publics dans seulement 54 % des cas tout comme pour la polyarthrite rhumatoïde (52 %). Parmi les pathologies chroniques, les AAP sont prescrits dans 17 % des cas par des hospitaliers alors que c'est le cas pour seulement 5 % des antihypertenseurs.

La disparité des données de remboursement d'une classe de médicament (ou de produit LPP) peut être un bon indicateur de la pertinence de choix du thème d'accompagnement .

Le programme portant sur les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV), vise à réguler l'évolution des dépenses de ces prescriptions, qui représentent un enjeu financier de 6 Md€ au niveau national.

Pour parvenir à l'objectif de 60 millions d'euros fixé au niveau national pour 2011, quatre actions ont été retenues :

- Fixer un taux national d'évolution des dépenses de PHMEV ;
- Développer l'accompagnement et la contractualisation avec les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux national ;
- Permettre l'identification des prescripteurs hospitaliers et adapter l'accompagnement et la contractualisation à ces nouvelles données ;
- Favoriser la diffusion des logiciels d'aide à la prescription médicamenteuse (LAP).

2.5 L'imagerie médicale

Le développement d'une imagerie médicale efficiente constitue une priorité nationale partagée par l'assurance maladie et le ministère de l' emploi, du travail et de la santé et l' un des programmes prioritaires de la gestion du risque (GDR) pour les années 2010-2013.

L'efficience de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable, à la fois la pertinence de l'indication, l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...), l'accessibilité et la qualité et sécurité de l'examen.

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans la stratégie thérapeutique (diagnostic, adaptation des traitements et actes interventionnels), des progrès technologiques et des coûts correspondants aux examens.

Les objectifs consistent à :

- Favoriser un égal accès aux équipements lourds de la population par le développement soutenable de l'offre en équipements lourds.

Compte tenu des objectifs du plan Cancer en matière de taux d'équipement en appareils IRM, des disparités observées sur le territoire en matière de délai d'accès aux soins, de l'augmentation des indications observées sur ces modalités d'imagerie et des objectifs en matière de radioprotection, un développement de l'offre du parc des appareils IRM est attendu dans les prochaines années. Aussi, afin de concilier amélioration de l'offre en équipements IRM et objectif de maîtrise de l'ONDAM, il sera nécessaire de définir dans les prochaines semaines les objectifs en termes de potentialités de diversification du parc.

En effet, le développement soutenable de l'offre en équipements IRM passe notamment par la réalisation d'une fraction des actes de remnographie sur des appareils plus efficients pour ces indications. Les IRM plus efficientes sont des IRM, qui pour des topographies d'examens données (ostéoarticulaire et rachis), permettent de réduire sensiblement le coût de production de l'acte comparativement à une IRM polyvalente. En conséquence, la gestion du parc devra tenir compte de ces possibilités de diversification par la mobilisation de deux leviers :

- Les nouvelles autorisations afin de répondre aux besoins d'installation de capacités supplémentaires ;
- La substitution d'appareils plus efficients pour les indications ostéoarticulaire et rachis aux appareils polyvalents lors du renouvellement des appareils, en fonction des potentialités exprimées par la typologie des actes réalisés dans la région.

- Eviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants par la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part, et des établissements de santé publics et assimilés (PSPH dont CLCC) d'autre part, sur les actes d'imagerie conventionnelle portant sur le crâne et/ou le massif facial quel que soit le nombre d'incidences, le thorax et l'abdomen sans préparation.

Ce plan d'accompagnement consiste à :

-déployer les recommandations de bon usage de l'imagerie standard sur les 3 topographies ;

-informer les prescripteurs et les radiologues sur l'évolution des conditions de prises en charge des actes à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;

Les actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral seront conduites par l'assurance maladie. Les actions auprès des établissements de santé publics ciblés seront effectuées en concertation entre l'agence régionale de santé et l'assurance maladie.

2.6 La chirurgie ambulatoire

Le programme chirurgie ambulatoire a pour objectif de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie en hospitalisation à temps complet.

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS (2011-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

Pratique centrée sur le patient, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge.

Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que de satisfaction des personnels.

Les politiques mises en œuvre depuis 2003 (SROS 3, politique d'incitation tarifaire, mise sous accord préalable de la CNAMTS, outils d'analyse et organisationnels de la MEAH), ont, certes, abouti à des résultats encourageants.

Toutefois, la chirurgie ambulatoire continue d'accuser un retard en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et l'on observe d'importantes disparités entre les secteurs, les régions et selon les gestes.

Les objectifs du programme au niveau régional sont :

-développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, y compris en poursuivant et amplifiant les démarches d'ores et déjà engagées de mise sous accord préalable des établissements pour certains actes ;

-structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de l'offre de soins de chirurgie qui en découlent ;

-développer la qualité et l'efficience des soins de chirurgie ambulatoire, en passant notamment par une liaison renforcée des établissements de santé tant avec les médecins traitants que les structures d'aval.

Cette démarche sera appuyée au niveau national par :

- La poursuite et l'intensification des mesures d'incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Une réflexion sur le développement des centres de chirurgie ambulatoire « exclusive ».

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'un programme pluriannuel en cours d'élaboration, piloté par la DGOS et associant la DSS, la CNAMTS, l'ANAP, la HAS, 5 ARS, l'AFCA et les sociétés savantes.

2.7 L'efficience des EHPAD et de leurs prescriptions

En France, les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de la population, ce qui correspond à environ 40% de la consommation de médicaments en ville. On constate une polymédication fréquente chez le sujet âgé polypathologique, ce qui entraîne un risque accru de iatrogénie : la iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires.

Ce secteur a connu de fortes évolutions depuis dix ans (accroissement du nombre de places, médicalisation de celles-ci). L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Mds d'euros au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

La gestion du risque en EHPAD est l'une des 10 priorités nationales. Deux programmes sont déclinés en plan d'actions : Efficience des EHPAD et Qualité et efficience de la prescription dans les EHPAD.

L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants et l'organisation des établissements en vue d'une qualité de la prise en charge des résidents, de les doter d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs modalités de prise en charge, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins.

Les objectifs poursuivis consistent à:

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Elaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des établissements ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus efficientes des EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins ;
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD ;
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins ;
- Aider les établissements à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficiente.

Ces actions seront menées par l'ARS qui organisera notamment des réunions infra-régionales sur les bonnes pratiques professionnelles en soins avec les EHPAD et mettra en œuvre les outils de suivi des dépenses et de mesure de l'efficience dans ces établissements.

Elle diffusera également aux EHPAD la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments.

2.8 Les soins de suite et de réadaptation

Entre 2007 et 2009, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR), mesurée en nombre de journées en hospitalisation complète, a augmenté au niveau national de 2,53% (dont + 6,68% pour le secteur hors dotation globale). Sur la même période, les dépenses ont cru de 4,1%.

Sur ce secteur les enjeux sont multiples : il s'agit d'harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire, de renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile (dont médico-social et social), d'améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la T2A (systèmes d'information par ex.).

Ce programme poursuit ainsi plusieurs objectifs :

-maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'ONDAM ;

-adapter l'offre SSR aux besoins, dans le respect des référentiels HAS ;

-préparer la réforme de financement (tarification à l'activité) ;

-mettre en œuvre la mise sous accord préalable prévue par la LFSS 2011.

Dans ce cadre, l'ARS déclinera notamment des indicateurs d'efficience des SSR, de suivi des dépenses, déploiera un outil d'aide à l'orientation en SSR, promouvra le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social. L'ARS et l'assurance maladie mettront en œuvre une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) pour les prestations de SSR pour des suites de traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, peut être réalisée en ville par un kinésithérapeute libéral, sur la base des recommandations de la HAS. Un accompagnement des établissements MCO et SSR sera réalisé par l'assurance maladie sur ce thème.

L'optimisation du parcours de soins des patients est aujourd'hui une des sources d'efficience du système de santé français. Afin d'éviter les inadéquations d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR), l'article L 162-2-2 du code de la sécurité sociale invite le prescripteur de soins de masso-kinésithérapie à se conformer aux recommandations établies par la Haute autorité de santé (HAS), afin d'apprécier l'opportunité de recourir pour la rééducation de son patient, à une prise en charge ambulatoire ou en établissement de soins de suite et de réadaptation.
La Haute autorité de santé a listé en 2006 et 2008 les critères pour une orientation en SSR ou en ambulatoire suite à certaines interventions chirurgicales.
Elle a déterminé une liste d'interventions chirurgicales, à l'issue desquelles la rééducation, si elle est prescrite, peut être prise en charge en ambulatoire.
Dans tous les cas, ces recommandations s'appliquent aux adultes pour lesquels il n'existe pas d'incompatibilité au maintien à domicile.
La promotion de ces recommandations a eu lieu une première fois en 2008, au travers d'échanges confraternels avec l'ensemble des chirurgiens orthopédistes et des médecins spécialistes de médecine physique et de réadaptation (MPR), puis en 2009, dans le cadre de la maîtrise médicalisée à l'hôpital.
Pour poursuivre cette démarche, l'action concerne les établissements MCO qui prescrivent des soins de masso-kinésithérapie réalisés en SSR.
Cette démarche ponctuelle s'insère dans la démarche plus globale visant à assurer l'efficience de la prise en charge des soins de rééducation et pourra être l'objet d'un point d'information auprès des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans le cadre des relations conventionnelles locales.
Cette action consiste en l'envoi d'un courrier d'information et de sensibilisation aux établissements privés et publics à l'origine de prescriptions en soins de suite et de réadaptation.
En rapport avec les recommandations de la HAS, le champ d'activité observé est limité aux transferts en SSR qui font suite aux interventions chirurgicales suivantes :

- Arthroplastie totale coxo-fémorale de première intention,
- Arthroplastie totale du genou,
- Arthroplastie partielle du genou,
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou,

- Chirurgie des ruptures de la coiffe des rotateurs de l'épaule.

Pour quatre de ces interventions, des référentiels en nombre de séances de rééducation en ville ont été validés par la HAS et inscrits à la NGAP.

Sur le fondement des mêmes recommandations, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoit la possibilité de mettre sous accord préalable les prestations hospitalières de soins de suite et de réadaptation de certains établissements SSR au regard de leur activité.
Proche des procédures mises en place pour la mise sous accord préalable (MSAP) chirurgie ambulatoire et hors chirurgie ambulatoire, la MSAP SSR s'inscrit dans le champ de la gestion du risque relevant de la compétence des agences régionales de santé (ARS).
Le dispositif MSAP SSR repose sur la collaboration des ARS et des organismes d'assurance maladie. Ces derniers seront sollicités notamment pour le ciblage des établissements SSR et la gestion de la demande de l'accord préalable à l'admission des patients de SSR.

2.9 La permanence des soins hospitalière et ambulatoire

L'objectif du programme est l'amélioration de la prise en charge des demandes de soins non programmées lors des horaires de PDSA.
La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu :

- améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux ;
- accroître l'efficience du dispositif global dans un contexte de maîtrise de l'ONDAM, via des dispositifs plus adaptés aux spécificités territoriales.

Pour mémoire, les principes du nouveau dispositif sont les suivants :

- Renforcement de la régulation médicale: orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande ;
- Adaptation des modalités d'effection – notamment coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit ;
- Modification des règles de rémunération de la PDSA ;
- L'ARS est compétente, dans le cadre d'une enveloppe fermée (comprenant les forfaits d'astreinte et de régulation) ;
- Le nombre d'actes et la part des actes régulés font partie des indicateurs de suivi ;
- La rémunération est différente selon les fonctions (effection – régulation) et modulée selon les sujétions.

Pour ce faire, le pilotage des nouveaux dispositifs locaux est confié à l'ARS tant en termes d'organisation que de rémunération de la PDSA.

2.10 Fiches synthétiques des dix priorités de gestion du risque, portées par l'ARS

1.1 Régulation de la progression des dépenses de transports prescrits par les établissements de santé

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Instruction DSS du 17 décembre 2010 validée CNP
- Arrêté du 31 mars 2011
- Directive du 27 Juillet 2011 validée CNP
- Arrêté du 12 octobre 2010
- Décret du 21 mars 2011
- Instruction DSS validée CNP le 8 avril 2011
- Lettre réseau CNAMTS du 26 novembre 2010
- Arrêté du 28 mars 2011
- Décision Etat UNCAM du 25 juin 2011

Objectifs Nationaux

- Maîtriser l'évolution des dépenses de transports sanitaires
- Respecter le taux national de progression des dépenses de transports de patients

Objectifs régionaux

- Réduire le taux d'évolution des dépenses des transports sanitaires au regard du taux fixé nationalement par arrêté
- Identifier les établissements de santé fortement prescripteurs
- Contractualiser avec ces établissements afin de respecter des objectifs d'évolution et d'optimiser les bonnes pratiques

Source de données	CNAMTS	Méthode de calcul	Taux d'évolution des dépenses de transports par établissement (année N / année N-1)	Cible Nationale	Taux d'évolution national : 4 %	Périodicité	Annuelle

Indicateur Composite CPOM	Indicateur de suivi
Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital Cible = 4% en 2011	Taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat

Etat des lieux régional

Avec un taux annuel d'évolution de 5,75 % des dépenses de transports de patients sur l'année 2010 (évolution 2010 / 2009), la région PACA connaît une augmentation supérieure de 0,23 point par rapport à la moyenne nationale (5,52 %).

26 établissements de santé ont été identifiés comme présentant des sources d'amélioration eu égard à l'analyse des données transmises par la CNAMTS en juin 2011.

Tous ces établissements ont été destinataires d'une proposition contractuelle fixant des objectifs d'évolution sur une période de 3 ans.

Plan d'actions 2011

- Organisation de deux réunions d'informations destinées à présenter aux établissements de santé les enjeux et contours des actions à venir : Mars
- Ciblage des établissements fortement prescripteurs : Mars et Juin
- Fixation des objectifs d'évolution par établissement : Mars et Juin
- Notification des propositions contractuelles aux établissements : juin
- Suivi et accompagnement des établissements durant la période du contrat

1.2 Expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports au sein des établissements de santé

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Instruction DSS du 17 décembre 2010 validée CNP
- Arrêté du 31 mars 2011
- Directive du 27 Juillet 2011 validée CNP
- Arrêté du 12 octobre 2010
- Décret du 21 mars 2011
- Instruction DSS validée CNP le 8 avril 2011
- Lettre réseau CNAMTS du 26 novembre 2010
- Arrêté du 28 mars 2011
- Décision Etat UNCAM du 25 juin 2011

Objectifs Nationaux

- Maîtriser l'évolution des dépenses au moyen d'une meilleure organisation des transports sanitaires
- Développement d'expérimentations de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports de patients

Objectifs régionaux

- Inciter et développer les initiatives d'efficience dans le domaine de l'organisation des transports (transport partagé par exemple).
- Mettre en œuvre ces expérimentations tout en respectant les projets de l'assurance maladie en cours (dématérialisation de la prescription et de la facturation, pour une gestion en ligne dans le cadre du « **programme 2** »)

Source de données	CNAMTS	Méthode de calcul	Nombre d'expérimentations lancées	Cible Nationale	Nombre limité d'établissements dans un premier temps avant le déploiement	Périodicité	Pluriannuelle

Indicateur Composite CPOM	Aucun indicateur	Indicateur de suivi	Aucun indicateur

Etat des lieux régional

Début de concertation en cours avec le Président de la Fédération Nationale, des Transporteurs Sanitaires (FNTS).
A noter qu'une expérimentation avait déjà été mise en œuvre au CH de Martigues.

Plan d'actions 2011

- Organisation de deux réunions d'information destinées à présenter aux établissements de santé les enjeux et contours des actions à venir : Mars
- Recherches des établissements volontaires : Août / Septembre
- Elaboration d'un cahier des charges (Appui de l'ANAP) : Septembre / Octobre
- Evaluer les résultats des dispositifs : Décembre

2 Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Directive DSS du 17 décembre 2010 visée CNP
- Lettre réseau CNAMTS du 26 novembre 2010
- Instruction DSS validée CNP le 8 avril 2011

Objectifs Nationaux

- Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC
- Promouvoir le développement de la dialyse péritonéale (DP)
- Promouvoir le développement de la greffe

Objectifs régionaux

- Faire un état des lieux de la prise en charge de l'IRCT en région et établir un diagnostic partagé avec les professionnels
- Diffuser les référentiels de bonnes pratiques pour le dépistage et la prise en charge de l'IRCT

Source de données	Méthode de calcul	Cible Nationale	Périodicité
REIN	Part des patients traités par dialyse péritonéale sur patients dialysés	Définie par indicateur composite CPOM	Annuelle

Indicateur Composite CPOM

Part des patients traités par dialyse péritonéale sur l'ensemble des patients dialysés
Cible = 4,4% en 2011

Indicateur de suivi

- Part des patients pris en charge hors centre d'hémodialyse
- Part des patients en ALD diabète ayant bénéficié d'un dosage de créatininémie et d'une albuminurie ; délai sur liste d'attente de greffe

Etat des lieux régional

L'offre sur les territoires est globalement équilibrée :
-Toutes les modalités de dialyse sont proposées dans chacun des territoires (à l'exception de la DP dans les Alpes de Haute Provence) ;
- Des unités de dialyse médicalisée (UDM) ont été autorisées sur chaque territoire en tenant compte de la nécessité d'une prise en charge de proximité ;
- Le développement de la dialyse péritonéale n'a pas atteint l'objectif prévu de 5% bien que deux territoires dépassent ce taux.
- Le nombre de greffes réalisées en PACA en 2009 est de 167 dont 7 à partir de donneurs vivants ;
- Les greffes rénales à partir de donneur vivant (1,4% pour Nice et 6,5% pour Marseille) restent inférieures au taux national (7,9%) ;
- En 2010, la médiane d'attente avant inscription en liste pour les patients de moins de 60 ans est de 20,2 mois pour une moyenne nationale de 14,3 mois ;
- Parmi les patients en dialyse de moins de 60 ans, 17,4% sont inscrits en liste d'attente, 24,4% sont en cours de bilan, ce qui laisse 58,2% de patients non inscrits (parmi lesquels 52% sont en contre indication médicale et 22% ont exprimé un refus) ;
- Nombre de retours en dialyse après échec de greffe en région PACA en 2009 : 45 ;
- Taux d'échec en région PACA en 2009 : 27%.

Des actions de prévention et de dépistage existent à l'initiative des établissements de santé et de la FNAIR (Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux) mais elles se révèlent insuffisantes.
L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est difficile à mettre en œuvre : pour les patients, elle se conçoit plus facilement pendant les séances de dialyse et pour les équipes, elle n'est efficiente que dans la mesure où tous ses membres se forment en même temps.
L'information des patients sur le choix des modalités de dialyse est insuffisante et non tracée.

Plan d'actions 2011

- Réaliser un état des lieux régional et un diagnostic partagé : Avril
- Elaborer un plan d'actions : Juillet
- Mettre en œuvre le plan d'actions : Août et suivants

3 Régulation des dépenses des médicaments et dispositifs médicaux en sus de la liste T2A

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Circulaire DSS du 12 novembre 2010
- Arrêté du 14 mars 2011
- Lettre réseau CNAMTS du 26 novembre 2010
- Instruction DSS/DGOS du 08 Février 2011
- Instruction DSS validée CNP le 8 avril 2011

Objectifs Nationaux

- Maitriser les dépenses de la liste en sus par l'amélioration de la qualité de la prescription
- Maitriser le taux d'évolution fixé nationalement

Objectifs régionaux

- Maitriser le taux d'évolution en région
- Identifier, suivre, alerter, contrôler les établissements dont les dépenses et le taux d'évolution sont supérieurs au niveau national
- Elaborer avec les établissements un plan d'actions comportant des objectifs de dépenses et d'amélioration de la qualité de la prescription

Source de données	ATIH et CNAMTS	Méthode de calcul	Méthode de ciblage : Taux d'évolution supérieur à 8 % en 2010 (8 établissements ciblés)	Cible Nationale	3% Taux fixé pour 2011	Périodicité	Annuelle

Indicateur Composite CPOM

- Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation Cible = 100 %
- Taux d'évolution des dépenses pour les établissements concernés Cible = ≤ 80 %

Indicateur de suivi

Taux d'établissements ciblés ayant fait l'objet d'un contrôle

Etat des lieux régional

En région PACA, 8 établissements ont été ciblés et ont fait l'objet d'un contrôle. Pour chacun d'eux, un plan d'actions va être finalisé, soit à la suite d'un constat de mésusage, soit en l'absence d'un tel constat, en vue de mener des actions d'amélioration des pratiques.

Les molécules contrôlées et arrêtées en Janvier 2011 ont été les suivantes : Molécules ciblées :Avastin, Erbitux, Herceptin, Mabthéra, Vetibix (Contrôles réalisés au cours du 2ème trimestre 2011)

Plan d'actions 2011

- Repérage des établissements ayant un taux d'évolution supérieur à 8 % : Mars
- Contrôler les établissements ciblés : Mai / Juin
- Mettre en place des plans d'actions : Juin / Juillet

4 Régulation de la progression des dépenses de prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV)

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Instruction DSS du 17 décembre 2010 validée CNP
- Instruction DSS validée CNP le 8 avril 2011
- Arrêté du 26 avril 2011
- Lettre réseau CNAMTS du 26 novembre 2010
- Arrêté du 12 octobre 2010
- Décret du 22 avril 2011

Objectifs Nationaux

- Infléchir le taux d'évolution des dépenses de PHMEV
- Développer la procédure de contractualisation avec les établissements de santé, dans un objectif de régulation de dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques

Objectifs régionaux

- Identifier les établissements surprescripteurs, déployer la contractualisation et les accompagner dans cette démarche
- Favoriser le développement des outils d'identification des prescripteurs et promouvoir les logiciels d'aide à la prescription
- Etendre le champ de la contractualisation aux dispositifs médicaux et aux établissements privés

Source de données	CNAMTS	Méthode de calcul	Taux d'évolution des prescriptions par établissement (année N /année N-1)	Cible Nationale	Taux d'évolution national : 6 % pour 2011	Périodicité	Annuelle

Indicateur Composite CPOM	Taux d'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières de médicaments Cible = 6,80 %	Indicateur de suivi	Taux d'établissements ciblés ayant signé un contrat

Etat des lieux régional

Avec un taux annuel d'évolution de 8,3 % des dépenses de prescriptions hospitalières de médicaments (évolution 2010 / 2009 sur neuf mois), la région PACA connaît une augmentation inférieure de 1,5 point par rapport à la moyenne nationale (9,8 %).
Le volume des prescriptions justifie l'adoption d'un plan d'actions ciblées.

14 établissements de santé ont été identifiés comme présentant des sources d'amélioration eu égard à l'analyse des données transmises par la CNAMTS.

Tous ces établissements ont été destinataires d'une proposition contractuelle fixant des objectifs d'évolution sur une période de 3 ans.

Plan d'actions 2011

- Organisation de deux réunions d'informations destinées à présenter aux établissements de santé les enjeux et contours des actions à venir : Mars
- Ciblage des établissements fortement prescripteurs : Mars et Juin
- Fixation des objectifs d'évolution par établissement : Mars et Juin
- Notification des propositions contractuelles aux établissements : juin
- Suivi et accompagnement des établissements durant la période du contrat

5 Réguler les dépenses d'imagerie médicale

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Lettre réseau CNAMTS du 26 Novembre 2010
- Instruction CNAM /DGOS validée CNP du 27 Avril 2011

Objectifs Nationaux

- Maitriser le développement de l'offre en équipements lourds
- Eviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants

Objectifs régionaux

- Mise en cohérence avec les objectifs du SROS-PRS
- Consolidation des objectifs régionaux sur la diversification du parc des appareils IRM efficients sur les actes ostéo-articulaires et rachis
- Accompagnement des prescripteurs (diffusion des recommandations de bon usage, information sur les conditions de prise en charge des actes à la classification commune des actes médicaux – CCAM)
- Contrôle du respect des régles de facturation des forfaits techniques

Source de données	Méthode de calcul	Cible Nationale	Périodicité
CNAMTS	Différentiel du nombre d'actes 2010/2011 (topographies crâne, thorax, ASP) Crâne = 5640, thorax = 17987 et ASP = 3337 (cible 2011)	Fixée par l'indicateur composite CPOM	Annuelle

Indicateur Composite CPOM

Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur 3 topographies sur les actes réalisés en consultation externe

Indicateur de suivi

- Transmission des objectifs en terme de diversification du parc
- Inscription des objectifs dans le SROS-PRS

Etat des lieux régional

- En ce qui concerne la diversification du parc, au terme du SROS III, 49 IRM sont autorisés, soit 9.88 par million d'habitants. Le plan cancer préconisait 10 IRM par million d'habitants en 2010 et 12 IRM à l'horizon 2013. L'objectif du SROS, actuellement en cours d'élaboration, est de respecter cette préconisation.
Les objectifs de diversification du parc IRM vers des appareils dédiés aux examens ostéo-articulaires des membres et des appareils spécialisés en ostéo-articulaire sont inscrits dans le SROS.
- En ce qui concerne le poids de chaque acte traçant pour les actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants

<u>Radiographies du crâne</u>
En 2010, les radiographies du crâne représentent 1 943 k€ soit 30% des actes d'imagerie du crâne, (évolution moyenne depuis 2008 : - 0,8%)
Les radiographies du crâne représentent 2,6% des actes de radiographies réalisés en PACA

<u>Radiographies du thorax</u>
En 2010, les radiographies du thorax représentent 9 800 k€ (évolution moyenne depuis 2008 : + 3%)
Les radiographies du thorax représentent 15% des actes de radiographies réalisées en PACA

<u>Radiographies de l'abdomen (abdomen sans préparation ASP)</u>
En 2010, l'ASP représente 1 811 k€ (évolution moyenne depuis 2008 : + 2,4%)
L'ASP représente 3,5% des actes de radiographie réalisés en PACA

Plan d'actions 2011

- Optimiser le recours à l'imagerie médicale en favorisant la diffusion et l'application des référentiels, réunion du comité régional d'imagerie médicale : Mars
- Mener une évaluation de la potentialité de diversification de l'offre IRM dans le diagnostic réalisé dans le cadre du SROS-PRS : Septembre
- Intégrer les objectifs de GDR dans le SROS : Juin
- Sensibiliser et accompagner les établissements de santé et les médecins libéraux en cabinet de ville : Septembre / Octobre

6 Développement de la chirurgie ambulatoire

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Lettre réseau CNAMTS du 26 Novembre 2010
- Instruction DGOS du 27 Décembre 2010 validée par le CNP
- Instruction CNAM /DGOS validée CNP du 27 Avril 2011

Objectifs Nationaux

- Développer la chirurgie ambulatoire en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie en hospitalisation à temps complet
- Développer la qualité et la sécurité des soins

Objectifs régionaux

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, d'une part en poursuivant et amplifiant les démarches, d'ores et déjà engagées, de MSAP des établissements pour certains actes, d'autre part en favorisant la généralisation d'unités de chirurgie ambulatoire structurées et organisées
- Structurer une offre de chirurgie ambulatoire suffisante et cohérente au niveau des territoires de santé
- Identifier les potentiels de développement ainsi que les freins et leviers susceptibles d'être mobilisés

Source de données	PMSI	Méthode de calcul	Taux de chirurgie ambulatoire sur les gestes marqueurs (liste d'actes CNAMTS)	Cible Nationale	2011	2012	2013
					75 %	80 %	85 %

Indicateur Composite CPOM	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs) Cible 2011= 78 %	Indicateur de suivi	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (toutes chirurgies) Cible 2011 = 41,10 %

Etat des lieux régional

- Le taux de recours à la chirurgie ambulatoire est globalement supérieur en région PACA à la moyenne nationale : 86,5 séjours pour 1000 habitants contre 79,6 au plan national.

- Il convient de relever des disparités territoriales : le développement de la chirurgie ambulatoire est plus faible dans les Hautes Alpes, alors qu'il est important dans les Alpes de Haute Provence dont les caractéristiques géographiques et populationnelles sont pourtant proches ; cette disparité concerne également certains gestes dans certains territoires.

Plan d'actions 2011

- Elaborer un état des lieux de la chirurgie ambulatoire : Juin

- Appliquer la procédure de MSAP des établissements ciblés en lien avec l'assurance maladie, sur la base des 17 actes marqueurs : 2011

- Elaboration d'un plan d'action régional relatif au développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble : septembre / octobre

7 L'efficience des EHPAD et de leurs prescriptions

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Lettre réseau CNAMTS du 26 novembre 2010
- Instruction CNAMTS /DGOS validée CNP du 27 Avril 2011
- Instruction DSS du 9 novembre 2010, validée par le CNP
- Circulaire DSS/SD1MCGR/DGCS du 11 Mars 2011, validée par le CNP

Objectifs Nationaux

- Améliorer l'efficience générale des EHPAD, en particulier en matière de prescriptions médicamenteuses et de coordination des soins

Objectifs régionaux

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD(particulièrement les troubles du comportement des résidents)

Source de données	Enquêtes ARS	Méthode de calcul	Définie par indicateur composite CPOM	Cible Nationale	Définie par indicateur composite CPOM	Périodicité	Pluriannuelle

Indicateur Composite CPOM

- Taux de résidents ayant une prescription de BDZ (benzodiazépines) et prescription de BDZ de plus d'un mois Cible 2011= 50 % (pour les deux indicateurs)
- Taux de mise en œuvre de trois taux d'analyse (taux d'utilisation de la dotation, taux d'occupation, taux d'encadrement du médecin coordonnateur) Cible 2011=100 %

Indicateur de suivi

- Taux de médecins intervenant en EHPAD avec contrat
- Taux de participation des EHPAD aux réunions locales
- Taux d'EHPAD sans PUI ayant élaboré une liste préférentielle de médicaments
- Taux de participation de médecins libéraux à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique

Etat des lieux régional

En PACA, il a été décidé de choisir comme thème de sensibilisation « la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement en EHPAD », ce qui a permis de traiter simultanément les prescriptions des benzodiazépines et la prescription de neuroleptiques et de promouvoir les PASA qui constituent un traitement de choix des troubles précités.
Deux réunions ont été organisées courant mai à Nice et Marseille.
Un questionnaire a été adressé à 576 EHPAD (taux de réponse de 31%) ; il avait pour objet de recueillir leurs pratiques en matière de prescriptions de benzodiazépines et de neuroleptiques et de faire un premier recensement des contrats de coordination signés par les médecins libéraux et les masseurs kinésithérapeutes au 30 juin.
Le volet efficience des EHPAD doit faire l'objet d'une mise en œuvre à partir du second semestre, d'après les instructions nationales du CNP.

Plan d'actions 2011

- Organisation de réunions d'informations et d'échanges avec les EHPAD (thème :« la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement en EHPAD ») : Mai
  - Diffusion des bonnes pratiques de soins
  - Présentation des nouvelles mesures réglementaires
- Suivi du déploiement de la contractualisation avec les professionnels libéraux intervenant en EHPAD : Juillet
- Suivi et analyse des dépenses de soins en EHPAD (approche comparative) : Novembre / Décembre
- Identifier et expérimenter les indicateurs de qualité et d'efficience : Novembre / Décembre

8 Soins de suite et de réadaptation

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Lettre réseau CNAMTS du 23 Juin 2011
- Décret 2011.954 du 10 Août 2011
- Lettre réseau CNAMTS du 11 Mars 2011
- Instruction CNAMTS /DGOS validée CNP du 27 Avril 2011

Objectifs Nationaux

- Maîtriser la dépense de SSR en optimisant le parcours de soins des patients vers les structures de soins de suite et de réadaptation

Objectifs régionaux

- Harmoniser les pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS
- Diminuer les hospitalisations non justifiées par une meilleure adaptation de l'état du patient à l'hospitalisation en SSR
- Mettre en œuvre la procédure de MSAP pour les établissements ciblés

Source de données	Méthode de calcul	Cible	Périodicité
PMSI et données CNAMTS	Pré ciblage des établissements par la CNAMTS et ciblage en région. Exploitation PMSI	Définie par indicateur composite CPOM	Annuelle

Indicateur Composite CPOM

Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible = 100 %

Indicateur de suivi

- Durée moyenne de prise en charge
- Taux d'entrée directe en SSR
- Taux d'orientation en SSR
- Taux des modes de sortie
- Taux de retour précoce en MCO
- Taux de fuite
- Taux d'attractivité

Etat des lieux régional

La région PACA dispose d'un équipement en lits supérieur à la moyenne nationale (source DREES, SAE 2008) :
taux d'équipement moyen régional : 2,08 lits et 0,12 place pour 1000 habitants (1,53 lits et 0,12 place au niveau national)
Il existe de fortes disparités d'équipement (6,9 lits de SSR / 1 000 adultes dans les Hautes Alpes versus 1,8 lits dans le Vaucluse ; l'équipement du Var est identique au ratio moyen régional pour 1 000 habitants de plus de 19 ans (2,6 lits et 0,19 place).
Il existe un nombre élevé de structures de faible capacité :
19 structures disposent de moins de 30 lits dans le champ sanitaire (capacités SSR et médecine confondues).
Globalement, la consommation en SSR en hospitalisation complète des habitants de la région PACA est supérieure de 30% à la moyenne nationale.
En effet le taux de recours 2009 standardisé pour 10 000 habitants au niveau régional est de 6 718,4 journées (versus 5278,9 journées au niveau national).
A l'exception du Vaucluse (dont le taux de recours standardisé est de 4 892,7), cette « surconsommation » se retrouve sur tous les autres territoires de santé mais avec des variations notables. A l'inverse, en hospitalisation à temps partiel, le taux de recours régional se situe un peu en deçà du taux national.
Au total, un solde attractivité – fuite de + 2% pour l'ensemble de la région.

Plan d'actions 2011

Procédure MSAP

- Envoi des courriers de sensibilisation aux établissements MCO : Août
- Ciblage des établissements : Août / Septembre
- Appliquer la procédure de MSAP : Septembre

9 Permanence des soins ambulatoires et urgences hospitalières (PDSA)

Textes

- Loi annuelle de financement de la sécurité sociale
- Instruction DGOS du 20 Avril 2011,validée par le CNP
- Instruction CNAMTS /DGOS validée CNP du 27 Avril 2011
- Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010
- Arrêté du 20 Avril 2011

Objectifs Nationaux

- Mettre en place un système de soins efficient, pérenne et lisible, dans un contexte de maîtrise des dépenses
- Favoriser une meilleure articulation entre les acteurs de la PDSA et de l'urgence pour une prise en charge optimale des demandes de soins non programmées aux horaires de la PDSA

Objectifs régionaux

- Mettre en place le cahier des charges régional d'organisation de la PDSA et de ses déclinaisons territoriales

Source de données	CNAMTS	**Méthode de calcul**	Définie par indicateur composite CPOM	**Cible Nationale**	Définie par indicateur composite CPOM	**Périodicité**	Annuelle

Indicateur Composite CPOM	Part des actes régulés sur l'ensemble des actes de médecine générale réalisés aux heures de PDSA Cible 2011 = 51%	**Indicateur de suivi**	Taux de respect de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires PDSA

Etat des lieux régional

- Il existe en PACA environ 200 secteurs de garde (variables selon les périodes).

La PDSA est opérationnelle dans l'ensemble des départements.
Elle est en général assurée toutes les nuits et le week- end à partir du samedi midi, à l'exception des Alpes de Haute Provence où elle est assuré le samedi après midi, sans être rémunérée .
Dans les grandes agglomérations, elle s'arrête en général à minuit avec un relais pris en charge par les services d'urgence.
A Marseille, Toulon, Nice et Avignon SOS médecins (ou associations de ce type) assurent la couverture en nuit profonde.
Le département du Vaucluse a mis en place une organisation dérogatoire dans laquelle seules les zones urbaines sont couvertes les soirs de semaine.
La régulation libérale est organisée dans les 6 départements au sein du SAMU. Elle fonctionne sur la totalité des heures de PDSA.
Des réquisitions, relativement rares, sont pratiquées notamment dans certains centres urbains.
Des difficultés sont à prévoir dans certaines zones rurales compte tenu de la baisse de la démographie médicale.
Des tensions sur la régulation libérale se manifestent avec des difficultés de recrutement qui risquent de devenir préoccupantes dans les années à venir.

- Pour la région PACA, l'enveloppe s'élève à un peu moins de 11 ME soit 5% de moins que le montant décaissé en 2009 au titre des astreintes et des forfaits de régulation.

Plan d'actions 2011

- Préparation du cahier des charges (dont rémunération forfaitaire des personnes participant à la PDSA) et chiffrage du dispositif dans le respect du montant de l'enveloppe

- Transmission à la DGOS des éléments de chiffrage du dispositif (nombre d'effecteurs, dispositif de régulation et modalités de rémunération retenues par l'ARS)

PARTIE 4 : LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES

En complément des programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat-UNCAM, peuvent être définies des actions complémentaires régionales . Ces actions sont élaborées en tenant compte des spécificités régionales.

L'article L1431-2 g) du code de la santé publique précise le cadre des actions régionales complémentaires prévues au programme :
« …elles (i.e : les ARS) définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions régionales complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux »

Par ailleurs, le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque précise :
« Les actions régionales complémentaires spécifiques qui composent la deuxième partie du programme pluriannuel régional de gestion du risque font l'objet, avant d'être arrêtées par le directeur de l'ARS et à son initiative, de réunions de concertation au sein de la commission régionale de gestion du risque réunie en formation restreinte aux directeurs d'organismes ou de services, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM, et au représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM. »

La circulaire validée par le conseil national de pilotage des ARS, le 19 juillet 2010, relative aux priorités de gestion du risque pour 2010, pose pour principe que les actions spécifiques régionales doivent prendre en compte les éléments suivants:
-la nécessaire complémentarité avec les programmes nationaux
-une définition fondée sur des référentiels scientifiquement validés (recommandations de la HAS notamment).

Cette partie du programme pourra être enrichie à partir de 2012, une fois validés les axes directeurs et priorités du projet régional de santé, et en fonction des ressources disponibles du côté de l'assurance maladie et de l'ARS.

Deux actions en cours ont d'ores et déjà vocation à être inscrites dans cette partie du programme.

1. Les groupes qualité pour l'amélioration des pratiques médicales

La région PACA s'est investie en 2009 dans la démarche des groupes qualité pour l'amélioration des pratiques médicales, mise en œuvre en Bretagne en 2001 puis étendue à d'autres régions volontaires.

Cette démarche visait plusieurs objectifs :
-permettre aux médecins généralistes d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leurs pratiques, donc rompre leur isolement ;
-responsabiliser les médecins en termes d'organisation dans le cadre d'engagements partagés avec l'assurance maladie ;
-mener une démarche réflexive ;
-valoriser l'engagement des médecins (financement FIQCS, EPP, amélioration de l'efficience du système de soins).

L'ensemble s'appuie sur trois principes essentiels :
-un engagement collectif en faveur de l'amélioration des pratiques médicales ;
-une évaluation des résultats de la démarche, fondée notamment sur l'exploitation des données de l'assurance maladie ;
-un ancrage territorial destiné à favoriser l'émergence de projets de coopération.

Ce projet porte sur une durée de trois ans, dont le terme est fixé début 2013. Il prévoit la constitution de vingt groupes qualité, répartis de façon équilibrée sur l'ensemble de la région. Seize groupes, répartis sur tous les départements de la région, fonctionnent déjà.

Cette démarche est conforme à un cahier des charges inter-régional qui définit des principes généraux (objectifs et organisation type). Dès leur création, les groupes qualité fonctionnaient dans le cadre d'une gouvernance partenariale associant l'Union régionale des médecins libéraux et l'assurance maladie. Le directeur de l'URCAM avait reçu mandat des directeurs des organismes d'assurance maladie de la région pour engager l'assurance maladie dans le dispositif, par le biais d'une convention de partenariat.
En vertu de la loi hôpital patients santé territoires du 21 juillet 2009, le mode de gouvernance du dispositif est appelé à évoluer.

2. Les actions de l'OMEDIT sur les prescriptions de médicaments

L'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) a pour objectif trois missions principales, à savoir :

- l'amélioration, la sécurisation et l'efficience dans la prise en charge des produits de santé ;
- le suivi et l'analyse des pratiques de prescription ;
- l'animation d'une politique de bon usage auprès des professionnels

En 2011, dans le cadre des actions contribuant à la gestion du risque, coordonnées par l'OMEDIT, des groupes de travail ont été constitués pour recenser les actions de bon usage et développer des actions dans les domaines suivants :

Prise en compte du traitement personnel à l'entrée en établissement de soins:
Le bilan de la mise en œuvre des contrats de bon usage, notamment des autoévaluations faites selon la méthodologie régionale a mis en évidence une hétérogénéité des pratiques et un manque d'information sur les bonnes pratiques dans ce domaine. Notamment, la réévaluation du traitement à l'entrée du patient par le prescripteur doit être renforcée ; les patients doivent être davantage informés des modifications de leur traitement, en particulier lorsque le prescripteur juge utile de supprimer certains médicaments. Afin de mieux faire adhérer les professionnels à la démarche, l'élaboration des règles de bonnes pratiques s'effectue dans le cadre d'un groupe de travail régional constitué de responsables de la politique du médicament dans les établissements de santé MCO et psychiatriques, représentatifs de toutes les catégories d'établissements (CHU, CH, CLCC, ESPIC, privés) et de tous les territoires.
L'objectif est d'élaborer une plaquette rappelant les règles de bonnes pratiques et de la diffuser à l'ensemble des professionnels. Ce document devoir avoir été validé auparavant par l'ARS et l'assurance maladie, dans des conditions restant à définir .
La démarche s'accompagne d'une l'évaluation de l'application de ces recommandations au sein des établissements qui sera intégrée dans les autoévaluations inscrites dans le contrat de bon usage. La mise à jour du guide régional d'audit effectuée sous l'égide de l'OMEDIT permettra de répondre à cet objectif. Il faut rappeler que l'OMEDIT se charge chaque année de l'exploitation complète des autoévaluations exigées dans les contrats.

Diffusion d'un guide sur les génériques :
Dans le cadre des actions sur les bonnes pratiques, une plaquette d'information sur « Les génériques »a été élaborée par un praticien hospitalier du centre hospitalier de Cannes et le médecin responsable du centre de pharmacovigilance de Nice, professeur de pharmacologie.
Ce document sera diffusé très largement en région. En complément, l'information produite par l'AFSSAPS sur les biosimilaires [3], paru mi 2011, fera l'objet d'une diffusion.
A terme il est prévu de compléter la démarche avec un guide sur « Prescrire en dénomination commune internationale ».
L'objectif global de la communication sur ce thème est de rappeler aux professionnels que les génériques sont soumis à des exigences réglementaires garantissant leurs qualités, pour en finir sur la fausse idée de « Génériques=produits au rabais ».

3 Le terme « biosimilaire » est utilisé pour les produits pharmaceutiques obtenus par génie génétique

Spécifications du livret du médicament :
Dans le cadre du renouvellement du contrat de bon usage qui devra prendre effet dès 2012, des propositions de nouvelles spécifications sont en cours d'élaboration pour le livret du médicament.
Jusqu'alors, la seule exigence demandée aux établissements, conformément à la réglementation, était d'élaborer un livret du médicament précisant la liste des médicaments disponibles dans l'établissement.
L'objectif actuel est d'exiger des établissements d'apporter de plus, pour certains médicaments ciblés, des informations utiles, tant pour la sécurité du patient que pour la maîtrise médicalisée, de façon à alerter les professionnels de santé sur ces points.

GLOSSAIRE

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AFCA : Agence française de chirurgie ambulatoire

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

AROMSA : Association régionale des organismes de mutualité sociale agricole

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNP : Conseil national de pilotage

CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPG : Contrat pluriannuel de gestion

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DAM : Délégué de l'assurance maladie

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DRSM : Direction régionale du service médical

DSS : Direction de la sécurité sociale

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute autorité de santé

IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MSA : Mutualité sociale agricole

MSAP : Mise sous accord préalable

OMEDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PDS : Permanence des soins

PRS : Projet régional de santé

RSI : Régime social des indépendants

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

PROGRAMME REGIONAL D'ACTIONS

EN FAVEUR DU RESPECT ET DE LA PROMOTION

DES DROITS DES USAGERS,

ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Composante du projet régional de santé Paca
2012 / 2016

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION 3

2 PREAMBULE METHODOLOGIQUE 4

2.1 Les objectifs stratégiques du PSRS 4

2.2 Le programme d'actions 5

2.3 Evaluation du programme d'actions 5

3 PROGRAMME D'ACTIONS 5

3.1 Promouvoir la connaissance des droits des usagers 6

3.1.2 Dresser un état des lieux régional du respect des droits et des mesures prises en faveur de la promotion des droits des usagers dans les secteurs sanitaire et médico-social 6

3.1.2 Analyser la qualité des prises en charge à partir des données disponibles 9

3.1.3 Evaluer la connaissance que les usagers et associations ont de leurs droits 10

3.2 Améliorer l'accès aux droits des usagers dans tous les secteurs de la sante 12

3.2.1 Mieux informer les usagers et les professionnels sur les droits 12

3.2.2 Mieux informer les acteurs de soins de leurs obligations de communication 14

3.2.3 Proposer des modalités d'amélioration de l'information des usagers dans le cadre de la contractualisation ARS /Etablissements sanitaires et établissements et services médico-sociaux 17

3.3 Rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers 18

3.3.1 Le droit au respect de la dignité 18

3.3.2 Le droit à l'information 20

3.3.3 Le droit à la non-discrimination 21

3.4 Faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers et les recours 25

3.4.1 Conforter la place des représentants d'usagers dans les établissements pour rendre effectif le respect des droits des usagers 26

3.4.2 Conforter le rôle des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux 27

3.4.3 Accompagner les associations dans leurs recherches d'agrément et développer la formation des représentants d'usagers 28

3.4.4 Le non respect des droits : mettre en place une voie de médiation santé, en complément des circuits existants 29

ANNEXES 31

ANNEXE 1 : Références bibliographiques 31

ANNEXE 2 : Tableau descriptif des actions 32

1 Introduction

Au terme d'une évolution qui a commencé en 1974 avec la publication de la charte des patients, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé imprime la vision d'une société sur l'organisation de la santé, en plaçant le patient au centre de ce système. Elle fait émerger un usager, acteur individuel de sa propre santé qui a aussi la possibilité d'agir collectivement pour participer aux décisions sur le système de soins, consacrant ainsi le concept de démocratie sanitaire.

Cette loi reste le symbole de cette transformation du champ de la santé et la consécration législative de ces droits dont l'application ne va cesser d'évoluer pour s'adapter aux progrès de la médecine, des technologies et des nouveaux modes de prises en charge qui l'accompagnent mais aussi pour répondre à la demande grandissante du public de débats sur les questions éthiques qu'elles posent.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire du 20 juillet 2009, qui créée les agences régionales de santé, donne tout son poids à la démocratie sanitaire avec une réforme qui permet d'en finir avec une vision cloisonnée des questions sanitaires, qui met en place une appréhension globale et coordonnée de la politique de santé. Au-delà du système de soins, c'est à présent non plus seulement le malade, le patient, mais le système de santé qui est interrogé avec l'usager au centre d'un parcours de vie pour contribuer à son mieux être.

Ainsi l'usager est au centre des préoccupations de l'agence régionale de santé pour lui permettre un meilleur accès aux soins et une meilleure information, pour mieux l'accompagner ou le prendre en charge s'il est en situation de handicap, ou de vulnérabilité, ou s'il est âgé, et lui faire bénéficier d'actions sur les champs de la prévention, de la promotion des modes de vie sains en concertation avec les institutions propres à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Parallèlement, l'agence accompagne les instances où les usagers sont représentés afin qu'ils soient en mesure de participer collectivement aux choix qui les concernent, dans les établissements de santé mais aussi les établissements et services médico-sociaux et via la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Celle-ci, articulant une dimension représentative qui ne réduit pas la citoyenneté au seul moment d'un vote périodique, et une dimension participative par les avis qu'elle donne et les débats publics qu'elle initie, rassemble une communauté d'acteurs locaux de la santé (usagers, patients, âgés, handicapés, associations), offreurs de santé (hôpitaux publics et privés, professionnels de santé et autres offres intermédiaires), élus, locaux et sociaux, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, de la cohésion et de la protection sociale, pour prendre une responsabilité au côté des décideurs du système de santé régional.

Mais comme toute démocratie, la démocratie sanitaire pour exister doit reconnaître des droits et des devoirs aux personnes y participant.

La loi de 2002 rappelle certains droits fondamentaux et inaliénables dus à toute personne, comme le droit à la dignité ou le refus de comportements discriminatoires, mais aussi créée des droits et des obligations spécifiques, individuels et collectifs, pour les patients et leur entourage et les professionnels de santé, comme le droit à des soins de qualité par exemple, comme le devoir de donner une information claire et loyale au patient qui a pour devoir d'agir en être responsable en prenant seul les décisions concernant sa santé.

Préalablement, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avait énoncé un certain nombre de droits de même nature puisqu'ils s'appuient également sur les droits fondamentaux de l'homme : droit à la dignité et au respect de la vie privée, droit à la sécurité et à l'information, droit au consentement et au libre choix.

Mais responsabiliser les acteurs de santé, professionnels comme usagers, c'est d'abord connaître ses droits et ses devoirs, et il n'est pas certain que ces droits soient bien identifiés auprès du grand public comme des institutions et les personnes qui doivent les promouvoir et les faire respecter.

Aussi, près de dix ans après les lois de 2002, et moins d'un an après sa création, l'agence régionale de santé PACA, consciente du chemin à parcourir pour que, sans affrontement, les uns et les autres com-

prennent et acceptent les réformes et les décisions qui l'accompagnent, a souhaité que le Plan Stratégique Régional de Santé qu'elle a soumis pour avis à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie en décembre 2011, réserve un chapitre entier à la promotion et au respect des droits des usagers du système de santé.

Enfin, partageant avec les membres de la CRSA le sentiment de la nécessité de soutenir la démocratie sanitaire, et singulièrement avec ceux qui mettent en œuvre quotidiennement le respect des droits des usagers, l'agence régionale de santé réalise un programme d'actions contenu dans son Projet Régional de Santé, sans lesquelles la volonté de promouvoir leurs respects en l'absence de projets concrets et volontaires se réduirait à une simple déclaration d'intention.

Elaboré avec le concours des membres de la commission spécialisée des droits des usagers de la CRSA, et sans préjudice de dispositifs spécifiques sur la qualité des prises en charge (lutte contre les infections nosocomiales, bientraitance...) ou l'accès aux soins, déclinés dans les différents schémas sectoriels, ce programme d'actions vise plus largement à initier la population dans son ensemble aux politiques de santé et aux dispositions qui conduisent chacun à prendre sa part dans la conduite du système de santé et, à améliorer les droits des usagers en commençant modestement pas le début : les faire connaître et les outiller.

De même que tous les ans la CRSA élabore un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social, elle pourra y intégrer l'évaluation de son plan d'actions et le requestionner, autrement dit délibérer, donner régulièrement le point de vue des citoyens sur cette question, contribuant ainsi à l'amélioration du système de santé.

2 Préambule méthodologique

2.1 Les objectifs stratégiques du PSRS

Le PSRS a consacré cinq axes stratégiques en matière de promotion, de développement et de respect des droits des usagers :

- Développer l'expression et le respect des droits des usagers
  - Droit à la dignité
  - Droit à l'information
  - Droit à la non discrimination
- Améliorer l'accès aux droits des usagers dans tous les secteurs de la santé
- Rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers
- Faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers
- Favoriser le droit des usagers a des soins et une prise en charge médico-sociale

Ces grands orientations ont servi d'axes directeurs à la rédaction de ce programme. L'Agence s'est également appuyée sur les différents rapports[1] publiés en la matière, afin de formuler des réponses

[1] Cf. liste en annexes

adaptées aux problématiques rencontrées par les usagers du système de santé, dans les champs sanitaire, ambulatoire et médico-social.

2.2 Le programme d'actions

Le programme d'actions précise les modalités permettant d'atteindre les objectifs arrêtés dans le cadre du PSRS en matière de promotion, de développement et de respect des droits des usagers. Chaque objectif est décliné en actions dont le détail est contenu en annexe de ce document.

Réalisé quelques mois seulement après que les premiers enseignements du premier rapport de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé et la qualité des prises en charge ont été tiré, il pose les bases d'une « feuille de route » qui implique les acteurs du système de santé, sans préjudice d'une réévaluation régulière des objectifs qu'il pose.

2.3 Evaluation du programme d'actions

Afin de s'assurer de la pertinence des actions menées, le tableau détaillé des actions, présenté en annexes, associe à chacune des actions des indicateurs de suivi.

Le recueil de ces indicateurs et l'évaluation globale de ce plan d'actions seront intégrés au dispositif d'évaluation du PRS.

3 Programme d'actions

Au terme de la loi HPST du 21 juillet 2009 et ses décrets d'application, la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) « procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux service de santé et de la qualité des prises en charge » et rend un avis sur le rapport annuel spécifique, préparé par la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU) en collaboration avec les autres commissions spécialisées, sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès au service de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaires et médico-social.

Le premier rapport de la CRSA a été transmis, avec les recommandations qu'il formule et son avis, au directeur général de l'agence régionale de santé et à la conférence nationale de santé, le 7 juillet 2011 ; il a été complété par les travaux de la CSDU.

Ces premiers travaux ont permis de dégager un certain nombre d'enseignements :

En premier lieu, pour procéder à l'évaluation du respect des droits des usagers de l'égalité d'accès au service de santé et de la qualité des prises en charge, la CRSA devrait pouvoir disposer préalablement des outils de remontées de l'information sur le respect des droits dans tous les secteurs d'intervention de l'agence, et sur le niveau de connaissance de ces droits par les usagers et leurs représentants. (**Chapitre 3.1**)

Le second enseignement tiré notamment du rapport et des études issues des travaux réalisés dans le cadre de « 2011 – année des patients » porte sur la nécessité de conduire parallèlement des actions visant à améliorer l'accès aux droits des usagers dans tous les secteurs de la santé, tant du côté des usagers que des professionnels et via les leviers dont disposent l'ARS auprès des établissements de santé. (**Chapitre 3.2**)

Troisièmement, il apparaît que des actions spécifiques pourraient être engagées pour promouvoir et améliorer le respect des droits fondamentaux et notamment ceux qui sont apparus comme susceptibles d'actions à court et moyen terme, et ceux qui portent sur les champs moins explorés comme le secteur médico-social et l'ambulatoire. (**Chapitre 3.3**)

Enfin, au delà de l'affirmation des droits individuels qui constituent le premier pilier de la démocratie sanitaire, le renforcement des droits collectifs garantis ou prévus par la loi, contribuerait à permettre aux représentants des usagers dans les instances, à remplir leurs missions d'acteur du système de santé. (**Chapitre 3.4**)

Par ailleurs, en ce qui concerne plus spécifiquement l'évaluation de la qualité des prises en charge, si certains indicateurs dont la CRSA peut avoir connaissance via les remontées d'information des établissements, peuvent apporter des enseignements, ce plan d'actions pour cinq ans devra être réévalué à l'aune d'une réforme de la collecte des informations dont le récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales donnent des indications sur la manière dont les usagers pourront faire valoir ce droit essentiel pour le bénéfice de l'ensemble du système de santé (voir infra).

3.1 Promouvoir la connaissance des droits des usagers

« Le premier droit, c'est de connaître ses droits ». Partant de ce principe, le premier objectif de ce plan d'actions vise en priorité la promotion de la connaissance des droits. Pour cela il propose d'améliorer les modalités de recueil des informations sur le respect des droits (1) et de la qualité des prises en charge (2) et parallèlement d'évaluer la connaissance que les usagers et les associations ont de leurs droits (3).

3.1.2 Dresser un état des lieux régional du respect des droits et des mesures prises en faveur de la promotion des droits des usagers dans les secteurs sanitaire et médico-social

La promotion de la connaissance des droits nécessite une étape préalable d'état des lieux et d'amélioration des outils de recueil d'information afin d'identifier les axes d'amélioration à développer.

3.1.1.1. Améliorer le recueil de l'information issue des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements de santé et l'exploitation qui est faite de ces dossiers

L'évaluation du respect des droits des usagers est organisée dans le secteur sanitaire par l'intermédiaire de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, qui transmet à l'Agence un rapport annuel. Le système actuel présente un certain nombre de contraintes :

- hétérogénéité des données transmises par les établissements dans les rapports des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge. (CRUQPC),
- temps de réalisation du rapport par les établissements qui s'ajoute au temps de traitement par l'Agence, au temps d'analyse de la CSDU, des commissions spécialisées et la réalisation de l'avis de la CRSA ;
- évaluation partielle, ne reflétant pas la réalité de l'application des droits, et ne permettant pas aux établissements de progresser par l'usage d'un référentiel commun.

Afin d'améliorer le recueil et le traitement de l'information issue des rapports des CRUQPC, et permettre une analyse identifiant de manière plus fine les axes d'amélioration en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge, l'Agence a l'objectif de mettre en place un outil informatique accessible mais protégé, pour remplacer la forme actuelle des rapports. Cet outil aura l'avantage :

- d'être déjà sur un support régulièrement utilisé par les établissements de santé (ROR[2]),
- d'uniformiser les données recueillies,
- de faciliter le recueil des données pour les établissements et le traitement quantitatif et qualitatif de l'information pour l'Agence régionale de santé,
- de proposer des indicateurs de comparaisons aux établissements.

Dans un deuxième temps, il devrait permettre aux établissements de bénéficier automatiquement d'outils complémentaires à usage interne facilitant leur activité quotidienne en ce domaine : gestion des réunions de CRUQPC, des demandes de dossiers médicaux, suivi des réclamations …

A terme, cet outil pourra être transposable aux domaines médico-social et ambulatoire, pour prendre en compte les données de ces secteurs.

3.1.1.2 Organiser le retour d'information sur le respect des droits des usagers et la qualité des prises en charge dans le secteur médico-social

Si l'évaluation du respect des droits des usagers est réalisée dans le secteur sanitaire par l'intermédiaire des CRUQPC, dans le secteur médico-social, la remontée d'information permettant l'évaluation des droits n'est pas organisée de manière aussi précise. Aussi, il sera nécessaire de développer un outil équivalent et pérenne de recueil d'informations.

Une étude de faisabilité de ce projet sera préalablement réalisée pour déterminer, au regard des différents types de structures :

[2] Répertoire Opérationnel des Ressources

- le périmètre du recueil,
- les indicateurs pertinents,
- le mode recueil,
- le mode d'évaluation des données recueillies,
- le processus d'évaluation de l'ensemble.

Le développement du projet permettra ensuite, de vérifier l'existence des instruments concourant au respect des droits et la communication faite auprès des patients sur leurs droits.

Plus précisément, cette phase permettra de s'assurer :

- de l'existence d'une forme de représentation collective (existence d'un Conseil de la Vie sociale, date de mise en place, périodicité des réunions, liste et qualité des membres …)
- des conditions d'accueil, entre autre, de l'existence d'un livret d'accueil et des conditions de sa remise
- de la nomination, du recours et de l'information faite aux patients sur l'existence des personnes qualifiées,
- de l'utilisation des outils d'évaluation existants comme les évaluations qualité internes et externes réalisées dans les établissements et services médico-sociaux.

A l'issue de ce processus, l'agence mettra en place l'outil informatisé de recueil et de traitement des informations qui devra présenter les mêmes avantages que celui développé sur le secteur sanitaire. In fine il permettra d'améliorer la connaissance du respect des droits dans le secteur médico-social, et d'engager les axes d'amélioration qui résulteront de l'analyse.

3.1.1.3 Améliorer le recueil de l'information auprès des cabinets libéraux en ville

Si l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge, dans les domaines sanitaires et médico-social relève d'une obligation légale, les modalités des recueils des données permettant cette évaluation dans le secteur ambulatoire ne sont pas déterminées en janvier 2012.

Cependant l'Agence s'engage à travailler sur cette question en coopération avec les représentants des professionnels de santé libéraux, via notamment les dix unions régionales des professionnels de santé qui sont créées à partir du printemps 2011 représentant les professions de médecins, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, orthoptistes, pédicures-podologues, orthophonistes et directeurs de laboratoire.

3.1.2 Analyser la qualité des prises en charge à partir des données disponibles

De nombreux moyens sont possibles pour analyser la qualité des prises en charge : ainsi par exemple les résultats des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales sont accessibles sur la plateforme icalin.sante.gouv.fr, les informations relatives à la certification des établissements sur le site Internet de la HAS, alors que le site PLATINES réunit les précédents indicateurs et affiche les cinq indicateurs de qualité et de sécurité des soins QUALHAS. Enfin le coût des actes sur le site de la CNAMTS, AMELI.fr Si ces indicateurs sont disponibles pour les experts, ils ne renseignent pas de manière transparente et accessible les usagers qui veulent savoir qui fait quoi, à quel prix et avec quelle qualité et leur exploitation est actuellement pas compatible avec la réalisation d'un rapport annuel.

Cependant, sans attendre de pouvoir disposer d'outils d'analyses et d'informations lisibles par le grand public et disponibles sur un site unique tels que le propose l'IGAS dans son rapport[3], et sans préjudice de l'analyse qui sera faite des résultats de la mise en place d'une médiation par l'agence (voir chapitre 3.3), il est possible de mettre en place deux types d'analyse :

3.1.2.1 Etudier les rapports de certification (HAS et ANESM)

Dans le cadre de la mise en place de nouveaux outils informatique de recueil de l'information concernant le respect des droits des usagers dans le secteur sanitaire et médico-social, il convient de souligner l'importance de la sensibilisation des personnels et des usagers à la question de la qualité de la prise en charge et plus particulièrement à la promotion de la bientraitance et à la gestion de la maltraitance.

Les nouveaux outils d'évaluation du respect des droits et de la qualité des prises en charge devront interroger les établissements et services sanitaires et médico-sociaux sur l'ensemble des actions mises en place en la matière :

- les notations attribuées lors de la certification des établissements sanitaires,
- les principaux constats et axes d'améliorations formulés lors de la réalisation de l'enquête sur la bientraitance,
- les formations qui ont ou vont être dispensées à leurs personnels sur les recommandations de l'ANESM d'une part, les droits des usagers et les corpus de connaissance et recommandations émises par la HAS pour les aspects Gérontologie et Handicap d'autre part.
- les projets spécifiques menés en la matière.
- la formation des usagers et des professionnels.

L'analyse de ces actions sera ensuite étudiée avec les services concernés de l'Agence afin de déterminer les mesures susceptibles d'améliorer la qualité des prises en charge et des accompagnements.

[3] Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé, Inspection générale des affaires sociales, Pierre- Louis BRAS, Patrick GOHET, Alain Lopez, RM 2010-090P

3.1.2.2 Analyser les enquêtes de satisfaction (établissements sanitaires, établissements et services médico- sociaux)

Que ce soit dans le champ sanitaire ou médico-social, les questionnaires de satisfaction sont souvent construits de manière différente d'un établissement à l'autre. Or la question de l'homogénéisation des données recueillies est la condition *sine qua none* à une étude comparative entre les établissements, et suppose la mise en œuvre de référentiels commun. Ainsi, même si la diversité des établissements doit être prise en compte au travers des questionnaires de satisfaction, notamment dans le secteur médico-social, un tronc commun de questions permettrait d'identifier de manière plus fine les motifs de satisfaction et d'insatisfaction des patients.

Il conviendra donc de réaliser, à partir d'un panel représentatif (au moins 150 questionnaires), un retour sur les typologies de questionnaires médico-sociaux et sur leurs contenus. La mise en place d'un groupe de travail dédié permettra de définir les principaux items d'analyse de la satisfaction dans les établissements et services médico-sociaux.

De la même manière et afin de s'assurer de la cohérence de l'information transmise en matière de satisfaction dans le champ sanitaire, un travail d'homogénéisation des questionnaires de satisfactions sera organisé par l'Agence, en lien avec un groupe de travail dédié.

Ce travail doit aboutir :

- à la mise en place, dans ces deux champs, de modèles homogènes proposant des questions obligatoires et questions propres à l'établissement.
- à la définition d'un mode opératoire concernant la remontée et le traitement de l'information par l'agence régionale de santé.
- à la possibilité d'une évaluation partagée dont les recommandations permettent d'améliorer la satisfaction des usagers

3.1.3 Evaluer la connaissance que les usagers et associations ont de leurs droits

Les droits des usagers sont encore aujourd'hui largement méconnus de nos concitoyens. Ainsi, lors d'un sondage BVA réalisé en février 2011 pour le Ministère de la santé, à la question « Globalement, avez-vous le sentiment de savoir quels sont les droits des patients ? », 70 % des personnes interrogées répondaient à la négative.

Ce constat oblige à retenir en priorité des actions visant à améliorer la connaissance de ces droits. Lister ces droits dans toutes leurs déclinaisons constituera un matériau pour diffuser la connaissance via des outils à créer, comme pour mesurer le niveau et la nature de connaissance de ces droits et mieux cibler l'action.

3.1.3.1 Réaliser un listing de l'ensemble des droits

L'évaluation du niveau de connaissance que les usagers des secteurs sanitaire et médico-social ont de leurs droits sera précédée en première intention par la réalisation d'un état des lieux sur :

- des différents droits et des modalités de leur application en fonction des secteurs de prise en charge
- des recours possibles pour les usagers
- des différents modes de connaissance de ces droits (ambulatoire, sanitaire, médico-social)

Cet état des lieux sera réalisé par l'Agence, en lien avec la Commission spécialisée droits des usagers de la CRSA et s'appuiera, entre autre, sur le sondage réalisé par la CRSA à l'occasion de la mise en place du débat public de santé 2011 intégrant des questions relatives aux droits des usagers.

Il pourra servir de matériel de base pour :

- la mise en place d'outils de communication à destination des usagers et des professionnels du système de santé
- la réalisation d'enquête à destination des usagers et de leurs représentants

3.1.3.2 Interroger les usagers sur la connaissance qu'ils ont de leurs droits

Une enquête sera menée en région PACA, ciblant les usagers et les associations les représentant, afin de déterminer le niveau de connaissance de leurs droits.

La mise en place de cette enquête fera l'objet d'une campagne de communication appropriée, visant la plus large diffusion possible au regard des moyens disponibles pour la réaliser.

Le traitement de l'information issue de cette enquête fera l'objet d'un plan d'actions spécifique permettant d'améliorer la connaissance des droits.

3.2 Améliorer l'accès aux droits des usagers dans tous les secteurs de la sante

Parallèlement à la conduite des actions permettant de rendre compte et d'évaluer la connaissance des droits et de la qualité des prises en charge, l'amélioration de l'accès aux droits des usagers devra se réaliser notamment par des actions soutenues pour et avec les usagers, avec les professionnels et les structures concernés par l'application des droits, avec trois volets : communiquer, accompagner, contractualiser, se déclinant plus précisément en :

- une meilleure information par un plan de communication quinquennal déclinant chaque année un axe d'informations sur les droits, la rédaction concertée d'une charte régionale et sa diffusion, la réalisation d'un site internet (3.2.1.),
- un développement de l'information et la formation des professionnels sur leurs obligations et de leur accompagnement (3.2.2.),
- la mise en marche d'une volonté partagée de s'engager sur la promotion et le respect des droits, via la contractualisation avec les acteurs (3.2.3.).

3.2.1 Mieux informer les usagers et les professionnels sur les droits

3.2.1.1 Réaliser un plan de communication quinquennal

La mise en place d'un état des lieux destiné à évaluer la connaissance que les usagers ont de leurs droits permettra de définir de manière plus fine les droits qui doivent, de manière prioritaire faire l'objet d'une campagne de communication.

D'ores et déjà un certain nombre d'axes sont identifiés au travers du programme d'actions dédié aux droits des usagers et de la qualité de la prise en charge :

- communication à destination des professionnels et des usagers sur l'ensemble des droits des usagers et les obligations qui y sont liées
- communication à destination des professionnels et des usagers sur les droits des patients en fin de vie : personne de confiance, directives anticipées, etc.
- communication à destination des professionnels et des usagers sur le droit d'accès au dossier, en ville comme en établissements
- communication à destination des associations sur l'agrément et la possibilité de représenter les usagers,
- communication à destination des usagers et des professionnels sur le bon usage du dispositif de soins
- communication auprès des professionnels sur les droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé) et sur le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- développer des actions de communication qui changent le regard de la société sur les plus vulnérables

- communication à destination des usagers, des professionnels et des associations d'usagers sur les refus de soins discriminatoires et les refus qui y sont liés,

Les actions de communication en direction des personnes en situation de précarité seront traitées dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S.) du Projet Régional de Santé, par les équipes du PRAPS qui en informeront la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers.

Cette stratégie sera rendue opérationnelle par la définition d'un plan de communication annuel contenant l'ensemble des actions à mener. Ce plan de communication définira, chaque année :

- Les axes annules prioritaires
- les objectifs
- les cibles
- les moyens
- les outils d'évaluation.

Il déclinera la stratégie de communication à mettre en place pour les cinq prochaines années afin d'améliorer la connaissance des droits, quelle que soit la cible :

- professionnels,
- patient,
- entourage,
- cibles relais : médias, partenaires associatifs, etc.

En amont de la mise en place d'un plan de communication, l'agence identifiera les principaux vecteurs de communication, à destination des usagers, de leurs représentants, mais aussi de l'ensemble des cibles relais (les médias, les professionnels, et notamment les professionnels en ville, les établissements et services, les collectivités …).

Par ailleurs, dans un souci de cohérence et d'efficacité l'agence se joindra aux actions de communication concernant les thématiques convergentes (journée des droits des patients, journées mondiales de la santé, journées mondiales du handicap, etc.)

3.2.1.2 Rédiger et diffuser une charte régionale des droits fondamentaux de l'usager du système de santé

Un grand nombre de chartes édictant les droits des usagers du système de santé existent : charte du patient hospitalisé, la charte de l'enfant hospitalisé, la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, la charte européenne des droits des patients, …

Si l'abondance de biens ne nuit pas, la multiplication des chartes en matière de droits des usagers peut parasiter le message. Pour y remédier, l'Agence réalisera, en lien avec la Commission spécialisée droits des usagers, un document de synthèse de ces droits fondamentaux, à diffuser au niveau régional et accessible au grand public.

Cette charte régionale des droits sera ensuite adressée à l'ensemble des secteurs concernés.

3.2.1.3 Réaliser un site Internet dédié aux usagers du système de santé, à leurs droits des usagers et à la qualité de la prise en charge

Le rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé publié par l'Inspection générale des affaires sociales(4) en juillet 2010, met en lumière les limites de l'information dispensée à l'usager : dispersion de l'information utile aux usagers en matière de qualité de la prise en charge, difficulté d'interprétation des informations proposées, etc.

Il en va de même pour l'information relative aux droits des usagers.

Partant de ce constat, l'agence proposera aux usagers via un site Internet l'accès aux informations clés concernant :

- l'organisation du système de santé,
- les droits des usagers des secteurs sanitaires, médico-social et ambulatoire,
- les recours existant dans chacun des secteurs et les moyens d'y accéder,
- les liens utiles,
- les outils d'évaluation de la qualité des prises en charge : site de la HAS, Platines, Ameli.fr, etc...
- les associations d'usagers et l'agrément de ces associations,
- etc...

La mise en place de ce site devra suivre les recommandations de l'IGAS.

3.2.2 Mieux informer les acteurs de soins de leurs obligations de communication

Dans le cadre de l'opération « 2011 - Année des patients et de leurs droits», le Ministère chargé de la Santé a demandé à TNS Sofres de conduire une étude sur la perception des droits des patients par les professionnels de santé : l'objectif de cette enquête était de déterminer et de comprendre de manière très fine les pratiques, les perceptions et les attentes des professionnels de santé dans le domaine des droits des patients.

Au travers de ce sondage, les professionnels interrogés relevaient un certain nombre de freins à l'application de ces droits des patients ainsi que des manquements au moment de leur mise en œuvre, dont

---

[4] RM 2010-090P - L'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé, BRAS Pierre-Louis, GOHET Patrick, LOPEZ Alain, Inspection générale des affaires sociales. L'IGAS a inscrit à son programme de travail une mission d'évaluation consacrée à l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Dans le cadre de cette mission, l'usager a été considéré, d'une part comme un "consommateur" qui souhaite exercer de manière éclairée son droit au "libre choix" d'un établissement, d'autre part comme un "citoyen" qui, doté d'un mandat de représentation, intervient pour améliorer la qualité des prises en charge.

- le manque de temps et de moyens matériels
- un manque d'information et de formation des soignants sur ce sujet
- la résistance de certains praticiens
- mais aussi plus généralement la réticence à modifier des pratiques ancrées depuis longtemps.

Partant de ce constat, l'agence déclinera un certain nombre d'actions visant à lever les freins pour améliorer la prise en compte du respect des droits des usagers par les professionnels :

3.2.2.1 Informer les professionnels de leurs obligations et les accompagner dans le développement d'outils de communication à destination des usagers

Afin d'améliorer la connaissance des droits par les professionnels et les usagers, et en lien étroit avec les organismes professionnels (ordres, unions régionales des professionnels de santé, fédérations, syndicats…) l'Agence initiera des actions de sensibilisation des professionnels et mettra à leur disposition des outils à diffuser dans les cabinets ou les établissements par tout vecteur nécessaire.

Préalablement un état des lieux des différents droits et des obligations qui en découlent pour les professionnels, entre autre, ceux exerçant dans le secteur libéral sera réalisé.

Cet état des lieux sera complété par une enquête réalisée auprès des professionnels sur la connaissance que ceux-ci ont des droits des usagers, mais aussi des moyens qui sont ou seront mis à leur disposition pour informer les usagers de leurs droits.

Ce programme sera décliné en pratique par différentes actions :

- formaliser un document de synthèse clair sur ce thème qui fera l'objet d'une communication à destination de l'ensemble des professionnels
- identifier des axes de communication ainsi que des supports de communication nécessaires à l'amélioration de la connaissance des droits par les usagers et les professionnels,
- recenser les outils de communication nécessaires et définir un planning de mise en place de chacun d'eux
- mettre en place une évaluation de l'ensemble des actions réalisées.

Cet axe de communication sera intégré au plan de communication annuel décrit au point 3.2.1.1.

3.2.2.2 Former les professionnels sur leurs obligations

La formation des professionnels sur les droits des usagers sera envisagée parallèlement aux actions d'information, ce qui renforcera celles-ci. Qu'il s'agisse de formation initiale ou de formation continue, les principaux organismes de formation[5] seront sollicités pour développer des modules de formation spécifiques aux droits des usagers et aux obligations professionnelles qui en résultent, le cas échéant par la voie de contractualisation. Les commissions de coordinations des politiques publiques mises en place à l'Agence pourront être sollicitées pour une meilleure convergence des actions et de mise en commun de moyens.

Cette action sera réalisée en lien avec les principales instances de représentation des professionnels (Ordres, unions régionales des professionnels de santé, fédérations, syndicats …).

Outre l'information sur les droits eux-mêmes, les formations devraient aussi conduire à des modules de types « la difficulté de dire, la difficulté d'entendre » qui a été relevée à maintes reprises par la CRSA soit à l'occasion de son débat public, soit lors des réunions de préparation de l'avis de la CRSA sur le projet régional de santé. Cette action devrait aussi permettre d'améliorer l'égalité d'accès aux services de santé, dont l'évaluation fait partie de l'obligation légale de la CRSA et de sa commission spécialisée.

La réalisation de cet objectif sera menée conjointement avec la réalisation des autres actions de formation des professionnels préconisées dans les différents schémas et programmes constituant le projet régional de santé, de manière à répondre de manière optimale aux besoins recensés à l'occasion de l'élaboration du PRS.

Afin de mieux cibler les manques et déterminer les priorités au regard des ressources disponibles, un état des lieux des formations déjà réalisées dans ce domaine précédera toute démarche. D'ores et déjà, un certain nombre de thèmes ont été ciblés comme étant prioritaires par la Commission spécialisée droits des usagers de la CRSA :

- les droits des patients en fin de vie : personne de confiance, directives anticipées, etc.
- le droit d'accès au dossier, en ville comme en établissements ou à distance,
- l'adaptation des professionnels aux différents publics et situations,
- l'accès aux soins et à la prévention des publics précaires [6]

3.2.2.3 Aider les professionnels à communiquer sur les droits

Afin d'accompagner les professionnels dans la connaissance des droits, mais aussi dans la diffusion de ces droits auprès de leurs patients et usagers, il convient de mettre à leur disposition des outils simples et opérationnels.

Pour cela, ces outils devront être construits en collaboration avec les professionnels. Plusieurs étapes devront être envisagées :

---

[5] Universités, IFSI, IFAS, organismes de formation médicale conventionnelle des médecins financés par l'Assurance Maladie, etc.

[6] Les formations / sensibilisation sur les droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé) et sur le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) seront traitées dans le cadre du PRAPS

- Réalisation d'un diagnostic auprès des professionnels (via les ordres / syndicats / URPS, fédérations) sur la connaissance que les professionnels ont des droits des usagers et des moyens à leur disposition pour les diffuser ;
- Mise en place d'un plan de communication spécifique ;
- Elaboration et choix des outils et des supports ;
- Mise à disposition des outils ;
- Questionnaire d'évaluation des outils

3.2.3 Proposer des modalités d'amélioration de l'information des usagers dans le cadre de la contractualisation ARS /Etablissements sanitaires et établissements et services médico-sociaux

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue un outil de planification performant car il permet, à partir de l'existant, d'acter les perspectives de développement pour les cinq années à venir.

La conclusion de tels contrats a un effet levier sur l'organisation de l'offre dans l'ensemble du territoire, le développement de démarches telle que la démarche qualité dans les établissements d'une même association, etc.

Dans le cadre des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les conventions tripartites Etat, Assurance maladie, Conseil général, répondent à cette fonction.

Dans ce contexte, il apparaît opportun que l'agence identifie, que cela soit dans le champ du médico-social ou du sanitaire, des axes de contractualisation pertinents en matière de droits des usagers, y compris avec les professionnels de santé libéraux.

Ces axes seront ajoutés aux CPOM, lorsque nécessaire, c'est-à-dire, lorsque l'évaluation faite des établissements en matière de droits des usagers et de qualité de la prise en charge montrent des axes qui peuvent être améliorées (questionnaires bientraitance de l'ANESM, certification de la HAS, rapports de CRUQPC)…

3.3 Rendre effectif le respect des droits fondamentaux des usagers

Les droits des usagers, dans le champ sanitaire et dans le champ médico-social se déclinent selon des modalités différentes, mais reposent sur les mêmes droits fondamentaux[7]. Rendre effectif le respect des droits des usagers, c'est rendre leur application possible, pour le bénéfice de tous, y compris pour que le système de santé soit plus performant, pour qu'il produise les meilleurs résultats de santé pour chacun, pour qu'il soit plus efficient. Cependant il apparait une priorité de l'action pour certains d'entre eux :

- le droit au respect de la dignité (1),
- le droit à l'information (2),
- le droit à la non discrimination (3).

3.3.1 Le droit au respect de la dignité

3.3.1.1 Adopter une posture plus adaptée à l'égard des personnes vulnérables

La personne vulnérable, quel que soit le motif de sa vulnérabilité, maladie, grand-âge, handicap, situation économique …, ne peut se réduire à cet état de vulnérabilité. Elle est un citoyen à part entière, qui participe à la vie de la société, autour de laquelle est bien souvent fédéré un tissu d'acteurs important générateur de vie économie et sociale.

L'objectif est de développer des actions de communication qui améliorent le regard de la société sur les plus vulnérables.

L'agence devra donc travailler en lien avec la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers et en concertation avec les différents acteurs concernés pour intégrer ce changement de posture dans le plan de communication quinquennal.

Cette action trouve également toute sa place dans les différents programmes de formation et d'information que l'agence propose de développer dans le chapitre 3.2.2.

7

Les droits fondamentaux reposent sur les mêmes valeurs :	« ***sanitaire*** » : Code de la santé publique : loi du 4 mars 2002	« ***médico-social*** » : Code de l'action sociale et des familles : loi du 2 janvier 2002
Dignité	L.1110-2	L.311-3
Vie privée	L.1110-4	L.311-3
Sécurité	L.1110-1	L.311-3
Non discrimination	L.1110-3	L.116-2
Confidentialité	L.1110-4	L.311-3
Libre choix	L.1110-8	L.311-3
Consentement	L.1111-4	L.311-3
Information	L.1111-2	L.311-3
Accès à l'info.	L.1111-7	L.311-3
Participation	L.1114-1	L.311-6

3.3.1.2 Renforcer l'information concernant les droits des patients en fin de vie et les soins palliatifs

La France s'est dotée, dans le cadre d'une concertation nationale et de nombreuses auditions publiques, de lois qui reconnaissent le droit des personnes malades en fin de vie.

La loi Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie, complétée par les décrets du 6 février 2006 a recherché une solution éthique à l'encadrement juridique de la relation médicale entre le médecin et le malade en fin de vie.

Cette loi apporte trois dispositions essentielles à la relation de soins et favorise l'expression de la volonté, discussion en collégialité :

- interdiction de toute obstination déraisonnable,
- droits du patient renforcés,
- processus décisionnel en cas de patient inconscient ou arrêt des traitements reposant sur deux mots clés : Collégialité et transparence de la décision.

La loi anticipe par ailleurs sur les situations de patients inconscients en créant les directives anticipées rédigées par le patient et la désignation d'une personne de confiance (création certes de la loi du 4 mars 2002) qui voit son rôle plus marqué, plus présent auprès des professionnels.

Or cette loi est malheureusement mal connue du grand public et pour partie des professionnels. Il convient donc d'améliorer la connaissance des droits des patients en fin de vie :

- d'une part en l'intégrant dans le plan quinquennal de communication comme une priorité quinquennale, en déclinant un plan de communication annuel sur ce thème,
- d'autre part, en intégrant ce thème aux formations (initiales et continues) à destination des professionnels. A la connaissance de la loi, stricto-sensu, il convient aussi de former les professionnels à transmettre ces informations de façon adaptée à cette situation particulière.

Par ailleurs, afin d'inciter les établissements sanitaires, mais aussi les établissements et services médico-sociaux à promouvoir les droits des patients en fin de vie, et sans préjudice de promouvoir le développement d'expériences concluantes en ce domaine[8] , des critères spécifiques devront être ajoutés par l'agence dans le cadre du recueil des données visant à l'évaluation du respect des droits des usagers (point 3.1.2) permettant d'identifier chaque année :

- le nombre de directives anticipées rédigées et transmises aux établissements
- le nombre de personnes de confiance désignées
- les actions spécifiques menées en la matière.

[8] Cf. dispositif « droits des patients et fin de vie » mis en place par le CH de Martigues

3.3.2 Le droit à l'information

3.3.2.1 Renforcer l'information dans la relation de soins en réduisant l'asymétrie d'information

Le rapport publié par le Service évaluation des pratiques par la HAS en février 2008 intitulé « Annoncer une mauvaise nouvelle » apporte un éclairage intéressant sur la transmission de l'information au patient.

Il précise en effet que : « *Annoncer c'est « communiquer », « faire savoir » que quelque chose existe et/ou va se produire. Ce n'est pas seulement informer, ni même « faire comprendre », mais c'est transmettre quelque chose de complexe et d'élaboré. Les patients ne sont pas nécessairement familiers avec le savoir dont dispose le médecin. Annoncer, c'est cheminer avec un patient vers la connaissance qui le concerne. Les annonces, tout au long du processus d'accompagnement, doivent donc permettre aux professionnels de donner au patient les informations dont il a besoin. Le médecin a un rôle particulier dans ce processus puisqu'il est souvent le premier à annoncer le diagnostic* ».

La relation avec le professionnel est en effet bien souvent biaisée par l'asymétrie d'information qui sépare le professionnel de son patient[9]. La synthèse des rapports de CRUQPC 2009, élaborée par l'agence dans le cadre du rapport de la CRSA sur le respect des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge, indique que le deuxième motif d'insatisfaction des usagers concerne la transmission des informations le concernant, toute catégorie professionnelle concerné.

Or, adapter son langage à son interlocuteur c'est établir avec lui un registre de communication commun permettant la réduction de cette asymétrie.

Pour cela il convient, outre le volet de communication relatif à la connaissance des droits évoqué en point 3.2.1.1 de :

- accompagner et former les professionnels pour que l'information soit présentée de manière adaptée aux publics et aux situations en l'inscrivant dans le cadre du programme de formation arrêté au point 3.2.2
- améliorer la visibilité de l'information, notamment dans la pratique libérale.

Dans le cadre spécifique de l'amélioration de la visibilité, outre la mise en place d'une charte régionale des droits, un groupe de travail réunissant les représentants des professionnels et les instances compétentes sera constitué pour définir les modalités d'application et de vérification de la transmission effective de l'information.

3.3.2.2 Respecter le droit d'accès au dossier, en ville comme en établissements

Le rapport 2010 du Médiateur de la République indique clairement que « L'accès au dossier médical pose encore problème ».

Il précise que : « *le délai de huit jours au-delà desquels les informations demandées doivent être communiquées lorsqu'elles concernent une hospitalisation datant de moins de cinq ans est trop court et rarement respecté* ».

Par ailleurs, il indique que la loi ne précisant pas le contenu minimum d'une communication à destination des ayants droits, les éléments d'information qui sont transmis aux ayants droits sont bien souvent insuffisants pour répondre à leurs attentes.

---

[9] alors que dans le même temps émerge la notion de « patient-expert »

De ce fait il suggère « d'une part que les établissements de santé désignent un représentant chargé d'instruire les plaintes, ou alors créent une cellule orientée vers la communication des dossiers médicaux, au sein d'un service dédié à leur centralisation et d'autre part, de compléter la loi du 4 mars 2002 en précisant le contenu minimum d'une communication sollicitée par les ayants droit ».

Au regard de ces éléments, l'agence encouragera les établissements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux à suivre les recommandations du Médiateur :

- en intégrant ou complétant, dans le recueil de l'information issue des CRUQPC et des établissements et services médico-sociaux des informations concernant la gestion des demandes de dossiers médicaux et les plaintes précisant par exemple :
    - l'existence d'un représentant chargé d'instruire les plaintes ou de répondre aux demandes de dossiers médicaux
    - l'existence d'un processus de gestion des demandes de dossiers médicaux et de gestion des plaintes
    - l'existence d'un accusé de réception indiquant de manière lisible les informations que le patient doit transmettre pour que les éléments lui soient transmis
    - la formation des personnels concernés sur ce droit mais aussi sur la communication avec les usagers
- en préparant dans les plus brefs délais la nomination des personnes qualifiées du champ médico-social, qui peut assister l'usager de ce secteur pour faire valoir ses droits, dont celui d'accéder à son dossier.
- en intégrant l'accès au dossier médical dans les formations à destination des professionnels ou futurs professionnels,
- en travaillant avec les organismes professionnels à la mise en place d'actions spécifiques en la matière
- en déclinant un plan annuel de communication sur l'accès au dossier médical.

3.3.3 Le droit à la non-discrimination

En complément du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (P.R.A.P.S.), qui favorisent, au sein de chaque région, une approche globale et coordonnée des problèmes de santé des publics en difficulté, pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et à la prévention, les services concernés de l'Agence accorderont une attention particulière à la promotion du droit à la non-discrimination.

3.3.3.1 Lutter contre les refus de soins discriminatoires

Objectiver les refus de soins

En lien avec l'Assurance maladie et les organismes professionnels, l'Agence définira des indicateurs pérennes permettant de mesurer les refus de soins discriminatoires.

Favoriser l'expression des recours, via les associations d'usagers

En lien avec ses partenaires l'Agence :

- Mettra en place un plan de communication annuel à destination de l'ensemble des associations d'usagers et des usagers eux-mêmes intervenant dans les champs sanitaire et médico-social dans le but de les sensibiliser aux recours possibles. Dans ce contexte, elle produira un document d'information synthétique indiquant clairement l'ensemble des recours possibles pour les usagers, quel que soit le secteur concerné. Elle sensibilisera les associations sur le refus de soins discriminatoire, notamment lors des demandes d'agrément qui lui sont faites,
- Inciter les établissements sanitaires et médico-sociaux à former les représentants d'usagers au refus de soins discriminatoire et encourager la formation des personnes qualifiées dans le champ du médico-social,
- Encourager les associations d'usagers à mener des actions en faveur de l'expression des recours,
- Réaliser une fiche d'information destinée aux bénéficiaires de la CMU-C indiquant les droits et la manière de les faire respecter, mais indiquant aussi les devoirs. Cette fiche pourra être, en accord avec les organismes partenaires, distribuée à tous les bénéficiaires de la CMU-C.
- Suivre les recommandations du rapport de la Conférence Nationale de Santé « résoudre les refus de soins » du 10 juin 2010 et élaborer une charte des droits et obligations des professionnels de santé et des patients bénéficiaires de la CMU-C » en lien avec les organismes de Sécurité sociale, les organismes professionnels et les représentants des usagers siégeant dans la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA
- Diffuser largement cette charte à destination des usagers et des associations d'usagers ainsi que des professionnels.

3.3.3.2 Renforcer l'information sur les droits des usagers en matière d'accès aux soins

Sensibiliser les professionnels au droit d'accès aux soins et à l'importance de la prévention

L'agence mettra en place des actions visant à sensibiliser, informer et former les équipes soignantes et les services administratifs des établissements de santé ainsi que la médecine de ville dans son ensemble, aux droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé).

Intégrer au plan de formation à décliner en direction des professionnels (point II.B.2), comprenant :

- un volet concernant les droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé)
- un volet concernant la prise en charge des populations précarisées

Intégrer au plan de communication quinquennal un volet concernant

- les droits d'accès aux soins
- les dispositifs permettant l'accès aux soins des populations vulnérables (entre autre les PASS)

Décliner l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la prise en charge de ces publics sur la Plateforme d'Aide aux professionnels de santé déclinée par l'agence

3.3.3.3 Améliorer la connaissance du coût des actes

Rendre effectif l'affichage et/ou la remise systématique aux usagers du système de santé d'une information sur le coût et le niveau de remboursement par l'Assurance maladie des actes médicaux avant qu'ils n'aient lieu, doit faire partie des actions prioritaires.

- assurer la promotion systématique, sur l'ensemble des supports à destination des publics du site Ameli.fr permettant l'identification des tarifs de consultation
- encourager les établissements sanitaires et médico-sociaux concernés à publier les éléments d'information concernant le coût des actes et des consultations :
    - sur leur site Internet
    - sur leur livret d'accueil
    - par voie d'affichage.
- travailler en lien avec les organismes professionnels pour améliorer l'affichage dans les cabinets libéraux.
- améliorer la transparence des activités libérales au sein de l'hôpital public en encourageant les établissements à communiquer les rapports des commissions d'activités libérales auxquelles participent des représentants d'usagers, afin d'identifier qualitativement et quantitativement les dépassements d'honoraires autorisés
- intégrer la publication de ces informations dans l'évaluation du respect des droits des usagers qu'il s'agisse du sanitaire comme du médico-social.

3.3.3.4 Favoriser la désignation de « référents usagers » dans les domaines sanitaire et médico-social.

Les personnes qualifiées dans le champ médico-social sont, de par leur rôle, des interlocuteurs clés, en particulier, en matière de respect des droits et d'accès aux soins. Il convient donc comme défini au préalable de les nommer et les accompagner dans leur prise de fonction, en lien avec les instances compétentes et notamment les fédérations d'établissements et les usagers du secteur, les services concernés des conseils généraux et des préfets de département et les délégations territoriales de l'Agence :

- identification des acteurs concernés et des personnes nommées sous l'empire des textes antérieurs à la loi HPST,
- identification des difficultés relatives à leur nomination, aux critères de choix, à leur fonctionnement, à leurs besoins, et mise en commun de diagnostics partagés et d'action pour remédier aux difficultés soulevées, en articulation avec les ministères sociaux,
- organisation du processus de nomination par département et accompagnements des personnes qualifiées,
- diffusion des listes de personnes qualifiées auprès :
    - des fédérations d'établissements
    - des organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS, ...
    - des associations d'usagers
    - etc.

Par ailleurs, comme dans le secteur sanitaire, il conviendra d'identifier l'ensemble des représentants des usagers et de constituer un annuaire accessible aux usagers.

3.3.3.5 Mettre en place dans les établissements des dispositifs permettant l'accès aux soins des populations vulnérables

Optimiser le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Dans le cadre de l'évaluation du respect des droits des usagers dans le champ du sanitaire, un focus annuel sur le fonctionnement des PASS instaurées pas la loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (art. L.6112-6 du code de la santé publique) relèvera les renseignements suivants :

- existence d'une PASS,
- conditions de fonctionnement,
- information au public,
- activité,
- etc.

Exploiter les rapports d'activité des PASS

Conformément aux recommandations de la DHOS il sera demandé aux permanences d'accès aux soins de santé d'établir un rapport d'activité et de le communiquer aux instances hospitalières et à l'ARS qui le transmettra à la CRSA. Une synthèse devrait permettre de produire un état des lieux qui identifie un certain nombre d'axes d'amélioration et complète le rapport de la CRSA.

3.4 Faire progresser l'exercice des droits collectifs des usagers et les recours

De par la loi du 4 mars 2002, les représentants des usagers sont issus des associations agréées au niveau national ou régional via l'ARS, (dont une trentaine sont regroupées au sein du CISS PACA), et de par la loi dite HPST du 20 juillet 2009, les représentants des « usagers du système de santé », sont, représentés également par des associations ou instances regroupant des personnes âgées, type CODERPA, et des associations de personnes handicapées.

Ces représentants sont sollicités dans de nombreuses instances parmi lesquelles on citera au niveau local celles concernant le système de santé ou son organisation :

- des instances régionales ou départementales : la CRSA, les 6 conférences de territoire et le conseil de surveillance de l'ARS, la CRCI
- les 328 établissements de soins, qui doivent avoir mis en place une CRUQPC en région PACA : les conseils de surveillance ou d'administration, les CRUQPC, les commissions d'activité libérale, les Comités de liaison des infections nosocomiales (CLIN)
- les quelques 1 400 établissements et services médico-sociaux de la région, dans les conseils de la vie sociale, les personnes qualifiées ... dont la plupart ne sont ni préparés ni nommés et encore moins formés
- ainsi que dans des instances comme :
    - Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques,
    - Centre de lutte contre le cancer,
    - Comité de protection des personnes.
    - Groupements de coopération sanitaire (GCS),
    - Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)
    - Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH)
    - Conseil départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA)
    - Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS)
    - Etc.

Actuellement, le nombre de ces bénévoles reste insuffisant. La reconnaissance de leurs actions et la visibilité qui leur est donnée ainsi que leur accompagnement comptent parmi les moyens qui permettent d'améliorer la représentation des usagers.

En premier lieu, leur identification, l'évaluation des moyens dont ils disposent pour remplir leur mission, sont des premiers pas pour conforter leur rôle et (3.4.1).

Par ailleurs, alors que les CRUQPC sont maintenant bien identifiées auprès des établissements de soins, il est nécessaire d'améliorer la connaissance du fonctionnement des conseils de la vie sociale dans lesquels siègent les représentants des usagers des établissements du secteur médico-social pour mieux les faire connaître et les soutenir (3.4.2).

Par ailleurs dans l'attente de modifications législatives ou règlementaires pour agréer les associations d'usagers de ce dernier secteur, l'accompagnement des associations du domaine sanitaire pour obtenir un agrément d'une part, le développement des formations des bénévoles d'autre part, constituent un moyen de développement de la représentation des usagers (3.4.3).

Enfin, compte tenu du rôle majeur des représentants des usagers dans la défense des droits et notamment, leur participation au premier niveau de recours que sont les CRUQPC, il apparaît important de soutenir les représentants des usagers dans cette mission. Par ailleurs, pour prolonger cette mission, le dernier volet de ce plan d'actions (3.4.4). sera consacré à la gestion du traitement des réclamations qui n'ont pas trouvé de réponses et aboutissent à l'agence.

3.4.1 Conforter la place des représentants d'usagers dans les établissements pour rendre effectif le respect des droits des usagers

3.4.1.1 Evaluer les conditions d'exercice des représentants des usagers

L'évaluation des conditions d'exercice des représentants des usagers constitue un diagnostic préalable à toute action, qui pourra être obtenu en réunissant les informations précises sur l'application des textes concernant les droits attribués aux représentants des usagers dans l'exercice de leurs missions, et sur les conditions matérielles dans lesquelles ils exercent leurs missions.

Cette évaluation pourra être réalisée :

- dans le cadre des rapports des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans le champ du sanitaire, via un focus annuel sur les conditions d'exercices des représentants des usagers dans les établissements :
    - Le droit au congé de représentation
    - Le droit à la formation
    - Le droit au défraiement
    - Les moyens matériels mis à la disposition des représentants des usagers
    - etc.

- par la mise en place d'une enquête à destination des représentants des usagers et des personnes qualifiées pour compléter cet état des lieux.

Les résultats de ces évaluations donneront lieux à publication d'une synthèse et donneront lieu à des préconisations.

Ainsi les établissements sanitaires et les établissements et services sanitaires et médico-sociaux seront encouragés à améliorer les conditions dans lesquelles les représentants des usagers exercent leurs missions.

3.4.1.2 Réaliser un annuaire des représentants des usagers pour leur donner plus de visibilité.

Les nouveaux modes de recueil des informations concernant le respect des droits des usagers et la qualité des prises en charge dans le sanitaire et dans le médico-social devra intégrer dès 2012 pour les établissements sanitaires et dès création pour les établissements médico-sociaux :

- la liste nominative des représentants d'usagers
- les coordonnées des représentants ou, à défaut, les coordonnées auxquelles ils peuvent être joins dans l'établissement
- les associations qu'ils représentent (dans le champ du sanitaire)

La liste des représentants des usagers sera réactualisée annuellement et donnera lieux à la publication d'un annuaire mis en ligne sur le site de l'agence, en respect de la loi informatique et liberté.

Les représentants des usagers pourront ainsi faire l'objet régulièrement d'une communication directe de la part de l'agence, voire de réunions d'informations sur des thématiques prioritaires.

3.4.2 Conforter le rôle des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux

Afin d'améliorer la connaissance du fonctionnement des conseils de la vie sociale, l'Agence réalisera un état des lieux sur :

- l'existence des CVS
- leur composition
- la régularité de leurs rencontres
- la diffusion des informations qui y sont liées
- etc.

Cet étude sera réalisée via :

- le nouvel outil de recueil d'information abordé au point 3.1.2
- l'analyse de la synthèse régionale des questionnaires sur la bientraitance de l'ANESM.

Les axes d'améliorations identifiés à l'issue de cet état des lieux feront l'objet d'une fiche d'actions et pourra s'accompagner d'un plan de communication, si nécessaire.

3.4.3 Accompagner les associations dans leurs recherches d'agrément et développer la formation des représentants d'usagers

3.4.3.1 Accompagner les associations dans leurs démarches en vue d'obtenir l'agrément

Compte tenu du nombre encore insuffisant de représentants d'usagers issus d'associations agréée du système de santé, l'agence doit encourager les associations qui réunissent les conditions à demander l'agrément, ou les accompagner pour réunir ces conditions.

Outre les axes de communication à destination des associations des usagers du système de santé, pour faire connaître et encourager l'agrément, l'agence devra accompagner les associations pour les aider dans leurs démarches :

- Réalisation d'un document d'information sur la procédure de demande d'agrément et mise en ligne sur le site de l'agence, ainsi que les sites des établissements de santé
- Suivi individualisé des dossiers comprenant un point avec les responsables de l'association à la fin de l'étape d'instruction de son dossier
- Lorsque nécessaire, rencontre avec les nouvelles associations agréées pour leur rappeler :
    - Les droits et les obligations liées à leurs nouvelles fonctions
    - Les droits des usagers
    - Les axes prioritaires définis dans le programme d'actions sur les droits des usagers du PRS

3.4.3.2 Former et inciter à former les représentants des usagers du système de santé

L'Agence devra former les représentants des usagers siégeant dans les instances qui lui sont directement rattachées (CRSA, Conférences de territoire, conseil de surveillance) et encourager l'ensemble des instances concernées à faire de même :

- Concernant la formation des représentants des usagers de l'agence :

L'agence déclinera chaque année un programme de formation spécifique dédié à ses représentants d'usagers.

En termes de contenu, elle s'appuiera sur le cahier des charges de la formation des représentants des usagers siégeant dans les diverses instances régionales et locales du système de validé par le Comité national de pilotage des ARS le 17/12/2010 et présenté aux DG ARS le 21/01/2011.

- Concernant la formation des représentants des usagers siégeant dans les instances de santé relevant du champ de compétence de l'agence :

Les établissements de santé et les établissements et services de santé médico-sociaux seront informés de leurs obligations nouvelles de formation, qu'ils pourront réaliser dans un cadre coopératif d'associations d'établissements. Les rapports des CRUQPC ainsi que les rapports sur l'évaluation du respect des droits dans les établissements médico-sociaux devront chaque année indiquer :

- le nombre de formations proposées aux représentants des usagers
- le nombre de formations acceptées
- les thèmes de formation
- le nombre d'heures de formation

L'évaluation des formations réalisées permettra de relever des axes de progrès et les difficultés rencontrées pour améliorer le dispositif. Les établissements seront encouragés à développer eux-mêmes des informations dont le contenu portera sur les thématiques arrêtées par le CNP.

3.4.4 Le non respect des droits : mettre en place une voie de médiation santé, en complément des circuits existants

Constatant d'une part que la plupart des réclamations qu'elle reçoit résultent majoritairement d'une méconnaissance de droits ou d'information, et d'autre part que l'usager ne connait pas les circuits et la porte d'entrée où porter sa réclamation, l'agence régionale de santé a institué un système de gestion unique des réclamations. Afin de faciliter les recours pour l'usager, l'agence devra faire connaitre tous les circuits existants, avant d'aborder le traitement des réclamations qui n'auraient pas trouvé de place dans ce circuit. Cette connaissance est également un indicateur de la qualité de la prise en charge et donc un moyen pour l'améliorer.

Identification de l'ensemble des circuits existants

Les voies de recours en matière de santé sont nombreuses. Chacune occupe une place spécifique dans le circuit de gestion de la réclamation.

A l'aide des différents opérateurs concernés, l'agence devra formaliser un document pédagogique d'abord destiné aux représentants des usagers et présentant les différents recours qui s'offrent aux usagers et les moyens de les utiliser.

Ce document devra être très largement diffusé notamment via :

- les sites des établissements de santé et établissements et services médico-sociaux
- les professionnels de santé via les URPS et les Ordres
- le site internet de l'agence
- les sites des associations d'usagers du système de santé
- etc.

Mise en place d'un traitement des réclamations des usagers du système de santé

Afin d'améliorer le respect des droits des usagers, mais également la qualité de la prise en charge, l'agence mettra en place le circuit de traitement des réclamations qui lui sont adressées en propre.

Le dispositif qui sera mis en place sera d'abord une plate-forme d'orientation et d'information qui respecte les différentes voies de recours.

En seconde intention, suivant en cela le respect de principe de subsidiarité, les réclamations qui ne pourront trouver un traitement par les voies de recours ou de médiation de droit commun[10], ou d'une mesure prise par le directeur général de l'ARS, précédant ou non un inspection ou un contrôle, pourront faire l'objet d'une médiation.

Celle-ci visera, sous réserve d'obtenir l'ensemble des éléments, à entendre les parties au litige qui les oppose et à les mettre en relation pour s'efforcer d'obtenir une conciliation des points de vue. D'une manière générale, après s'être assuré que toutes les voies de recours sont éteintes, il s'agira pour ce médiateur, d'accompagner, soutenir et écouter les usagers et les professionnels.

Dans son ensemble le système qui sera mis en place devra permettre la centralisation de l'ensemble des réclamations dirigées vers l'agence, leur traitement par le service adéquat de l'agence ou de l'organisme compétent, afin que l'usager obtienne une réponse, quelle qu'elle soit, accompagné le cas échéant et si besoin est, d'une action complémentaire ou d'une médiation.

L'agence devra donc en lien avec les différents opérateurs concernés :

- Accuser la réception à destination de l'usager,
- Réorienter les réclamations auprès des services compétents, et le cas échéant déclencher un contrôle ou une inspection, ou proposer une médiation
- S'assurer de la réponse apportée à l'usager
- Analyser les réclamations reçues en vue de la réalisation d'un rapport annuel rendu public dégageant des préconisations pour réduire leurs motifs et améliorer la qualité des prises en charge.

[10] via notamment les médiateurs dans les établissements de santé ou les personnes qualifiées pour les établissements médico-sociaux, et le défendeur des droits (ex-médiateur de la République)

ANNEXES

1. Références bibliographiques

2. Tableau descriptif des actions

ANNEXE 1 : Références bibliographiques

- **Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé**, Inspection générale des affaires sociales, Pierre- Louis BRAS, Patrick GOHET, Alain Lopez, RM 2010-090P

- **Rapport de la mission ministerielle : "Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé**", Michelle BRESSAND, Martine Chriqui-Reinecke, Michel Schmitt, janvier 2011

- **Rapport annuel 2010 du médiateur de la république**

- **Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé** adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010

- **Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** - Rapport remis à M. le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé le 24 février 2011
  Alain-Michel CERETTI, Conseiller Santé auprès du Médiateur de la République
  Laure ALBERTINI, Responsable du Pôle Démocratie Sanitaire - Agence régionale de Santé d'Ile de France

- **Rapport de la mission « Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé »,** Janvier 2011, Présenté par Nicolas BRUN, Emmanuel HIRSCH, Joëlle KIVITS
  Avec le concours de Grégory EMERY, Audrey GARCIA-VIANA, Antonia LOPEZ

ANNEXE 2 : Tableau descriptif des actions

3.1. PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE DES DROITS DES USAGERS

3.1.1 Dresser un état des lieux régional

Priorités	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	1. Améliorer le recueil de l'information issue des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge établissements de santé et l'exploitation qui est faite de ces dossiers	Création d'un outil informatique dédié au recueil des données CRUQPC	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers pour la définition des indicateurs - Groupement de Coopération sanitaire e-santé paca et Observatoire Régional des Urgences Paca pour la maitrise d'œuvre	Obtenir une analyse plus précise des niveaux et formes de représentation par établissements et publics	- Pourcentage de réalisation de chacune des phases du projet - Niveau de retour des établissements de santé (utilisant le nouveau mode de recueil)
2014	2. Organiser le retour d'information sur le respect des droits des usagers dans le secteur médico-social	Etude de faisabilité sur la réalisation d'un outil de recueil d'information régulier et pérenne sur le respect des droits des usagers dans le médico-social. Mise en place d'un outil d'évaluation informatique en ligne	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers pour la définition des indicateurs Commission Spécialisée pour les prises en charge médico-sociales Groupement de Coopération sanitaire e-santé paca et Observatoire Régional des Urgences Paca pour la maitrise d'œuvre	Obtenir une analyse plus précise des niveaux et formes de représentation par établissements et publics	Pourcentage de réalisation de chacune des phases du projet Niveau de retour des établissements de santé (utilisant le nouveau mode de recueil)
2014	3. Améliorer le recueil de l'information auprès des cabinets libéraux en ville	Mise en place d'un groupe de travail dans le champ de l'évaluation du respect des droits	ARS : service démocratie sanitaire	Unions régionales des professionnels de santé Ordres Services compétents ARS (PRAPS, …)	Mise en place d'un plan d'actions arrêtant un mode opératoire	Pourcentage de réalisation du plan d'actions Nombre de réunions

3.1.2. Analyser la qualité des prises en charge à partir des données disponibles						
2015	1. Etudier les rapports de certification (HAS et ANESM)	Intégrer un volet d'évaluation de la qualité de la prise en charge et plus particulièrement de la promotion de la bientraitance et de la gestion de la maltraitance dans les outils informatiques de remontée d'information du sanitaire et du médico-social. S'assurer que les représentants des usagers sont formés par l'établissement sur ces sujets.	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers pour la définition des indicateursCommission Spécialisée pour les prises en charge médico-sociales Groupement de Coopération sanitaire e-santé paca et Observatoire Régional des Urgences Paca pour la maitrise d'œuvre	Obtenir une analyse plus précise des niveaux et formes de représentation par établissements et publics et respect / appropriation de la démarche qualité	Pourcentage de réalisation de chacune des phases du projetNiveau de retour des établissements de santé (utilisant le nouveau mode de recueil)
2013	2. Analyser les enquêtes de satisfaction (établissements sanitaires, établissements et services médico- sociaux)	Reprendre les différents modèles de questionnaires de satisfaction pour : - permettre la mise en place de modèles homogènes proposant des questions obligatoires et questions propres à l'établissement. - définir un mode opératoire concernant la remontée et le traitement de l'information par l'agence régionale de santé	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers pour la définition des indicateurs Commission Spécialisée pour les prises en charge médico-sociales	Homogénéiser les retours Obtenir une information plus précise sur le niveau de satisfaction et d'insatisfaction des usagers Proposer des axes d'amélioration	Niveau de retour des questionnaires

3.1.3. Evaluer la connaissance que les usagers et les associations ont de leurs droits						
Priorité	Actions	Détail de l'action	Responsable de l'action et équipe d'appui	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	1. Réaliser un listing de l'ensemble des droits	Réalisation d'un état des lieux : - des différents droits et des modalités de leur application en fonction des secteurs de prise en charge - des recours possibles pour les usagers - des différents vecteurs de connaissance de ces droits (ambulatoire, sanitaire, médico-social)	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers ARS : services partenaires (PRAPS)	Cartographie des modalités d'application des droits en fonction des secteurs Mise en place d'un document de référence	Niveau de réalisation du listing
2014	2. Interroger les usagers sur la connaissance qu'ils ont de leurs droits	Réalisation d'une enquête auprès des usagers et des associations d'usagers en région paca et mise en place d'un plan d'actions spécifique permettant d'améliorer la connaissance des droits.	ARS : service démocratie sanitaire	Commission Spécialisée droits des usagers établissements sanitaires établissements et services médico-sociaux ARS : services partenaires (PRAPS)	Mise en place d'une enquête appropriée en vue de l'évaluation	Niveau de réponse

3.2. AMELIORER L'ACCES AUX DROITS DES USAGERS DANS TOUS LES SECTEURS DE LA SANTE						
3.2.1. Mieux informer les usagers						
Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	1. Mettre en place un plan de communication	Mise en place d'une stratégie de communication quinquennale décrivant les objectifs, les axes de communications prioritaires, les cibles, le planning de réalisation, les outils d'évaluation. Cette stratégie est déclinée chaque année en plan annuel, en tenant compte des évolutions Les actions de communication relatives aux populations précaires seront traités dans le cadre du PRAPS	ARS : service démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels ARS : Service Communication et PRAPS	Lisibilité annuelle sur les axes d'amélioration de la connaissance des droits	Indicateurs propres au plan de communication annuel Amélioration du niveau de connaissance des droits des usagers
2013	2. Rédiger et diffuser une charte régionale des droits fondamentaux de l'usager du système de santé	Recenser sous une forme condensée l'ensemble des droits contenus dans les chartes des usagers en citant les sources légales et réglementaires	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers Les équipes du PRAPS seront tenues au courant de l'évolution de ce projet	Mise en place d'un document de synthèse en vue d'un rappel à l'ensemble des établissements et d'une mise en ligne sur les sites Internet appropriés	Niveau de diffusion et de mise en ligne
2014		Réaliser, avec un groupe de travail ad hoc, un document de synthèse accessible au grand public mais appropriable par chaque structure. Envoi et mise en ligne des documents dans les secteurs concernés Diffusion par l'ARS et ses partenaires, de la charte pour affichage dans les établissements de sanitaires ou médico-sociaux et dans le libéral	Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers	Meilleure diffusion des droits auprès des usagers et des professionnels	
2015	3. Réaliser un site Internet dédié aux usagers du système de santé	Constitution d'un groupe de travail pour assurer la mise en ligne d'un site dédié aux usagers	Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers Service communication de l'agence	Meilleure compréhension du système / meilleure connaissance des droits	Nombre de connexions

3.2.2 Mieux informer les acteurs de soins de leurs obligations de communication

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2013	1. Informer les professionnels de leurs obligations	Etat des lieux des différents droits et des obligations des professionnels, notamment libéraux Formalisation d'un document de synthèse Envoi aux professionnels par le biais des ordres, unions, fédérations, syndicats Campagne d'information par le biais des médias, des ordres, sur le champ des droits.	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS, Autres services de l'ARS concernés (ex : public précaire = PRAPS)	Mise en place d'un document clair à adresser aux professionnels	Evaluation du document après envoi
2015	2. Former les professionnels sur leurs obligations	Identification des différents lieux de formation, et de la part de formation consacrée aux droits des usagers.			Mise en place d'une base de contacts pour réalisation d'accords de partenariats	Pourcentage de personnes contactées en vue de mise en place d'un module de formation sur les droits des usagers
2016		Mise en place de partenariats en vue du développement des formations sur les droits des usagers en lien avec les différents services de l'agence concernés			Formalisation de contrats de partenariat entre l'agence et les différents organismes	Pourcentage de professionnels ou futurs professionnels formés
2014	3. Aider les professionnels à communiquer sur les droits	Etat des lieux : réalisation d'une enquête auprès des professionnels sur leur connaissance des droits, les moyens à leur disposition (via les ordres, les URPS, fédérations d'établissements)	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS,	Identification des besoins	Pourcentage de retour
2015		Mise en place d'un plan de communication spécifique identifiant les outils de communication nécessaires, et le planning de leur élaboration			Définition des outils et la planification de leur mise en œuvre	Pourcentage de réalisation de la planification
2016		Mise à disposition d'outils à diffuser dans les cabinets ou les établissements par tout vecteur nécessaire			Amélioration de la communication sur les droits au moyen d'outils appropriés	Nombre d'outils créés et diffusés
2016		Questionnaire d'évaluation des outils			Evaluation des outils mis à disposition et réajustement si nécessaire	Nombre de retours de questionnaires Nombre d'outils créés Nombre d'outils utilisés

3.2.3 Proposer des modalités d'amélioration de l'information des usagers dans le cadre de la contractualisation ARS/ES & EMS

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	1. Contractualisation par le biais des CPOM (et conventions tripartites des EHPAD	Identification des axes possibles de contractualisation en matière de droits des usagers et de la qualité de la prise en charge. Mise en place d'axes de contractualisation lors des CPOM pour les établissements devant améliorer cet axe.	ARS : Service POSA	ARS : Service Démocratie sanitaire	Développer une politique "qualité" en matière d'information et de respect des droits des usagers et de qualité de la prise en charge	Suivi des CPOM

3.3. RENDRE EFFECTIF LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX DES USAGERS

3.3.1. Respect du droit à la dignité

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
Cf PRAPS	1. Adopter une posture différente à l'égard des personnes vulnérables	Développer des actions de communication et de formation qui changent le regard de la société sur les plus vulnérables Intégrer cette thématique au plan de communication quinquennal et dans le plan de formation du plan d'actions	ARS : PRAPS	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS, ... Partenaires institutionnels : rectorat, assurance maladie, …	Améliorer la perception que les individus ont des personnes vulnérables	En fonction des axes arrêtés dans le plan de communication Nombre de personnes formées
2013	2. Renforcer l'information concernant les droits des malades en fin de vie et les soins palliatifs	Communiquer sur les droits des malades en fin de vie Intégrer ce thème dans la stratégie de communication quinquennale et le décliner dans un plan annuel	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS, ...	Amélioration du niveau de connaissance et la prise en charge	Indicateurs spécifiques arrêtés dans le plan de communication annuel
2013		Sensibiliser les établissements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux à la promotion de ces droits, notamment intégrer aux rapports d'évaluation des droits des usagers des items spécifiques à ce thème				Evolution des données intégrées dans le rapport de la CRSA
2016		Former les professionnels sur les droits des malades en fin de vie et la transmission des informations de façon adaptée à cette situation particulière Intégrer ce thème aux axes de la formation (continue et initiale)				Pourcentage de professionnels ou futurs professionnels formés

3.3.2. Droit à l'information						
Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2016	1. Renforcer l'information dans la relation de soins en réduisant l'asymétrie d'information	Accompagner et former les professionnels pour que l'information soit présentée de manière adaptée aux publics et aux situations Intégrer ce thème aux axes de la formation (continue et initiale)	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS,... Organismes ou structures de formation	Assurer la formation des professionnels	Pourcentage de professionnels ou futurs professionnels formés
2014		Améliorer la visibilité du droit à l'information notamment dans la pratique libérale : évaluer les modalités d'application de ce droit avec le concours des professionnels et les instances compétentes, dont l'assurance maladie, et Diffuser largement la charte régionale des droits des usagers		CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS,... Organismes compétentes (assurance maladie …)	Mise en place d'un mode opératoire	Réalisation de l'outil
2013	2. Respecter le droit d'accès au dossier, en ville comme en établissements	Faire respecter le droit d'accès au dossier médical dans les structures de santé en ville et dans les cabinets libéraux : intégrer l'accès au dossier médical dans les formations à destination des professionnels ou futurs professionnels Définir un plan annuel de communication sur l'accès au dossier médical	ARS : Démocratie sanitaire		Améliorer le niveau de connaissance des patients et des professionnels et faciliter l'accès	En fonction des mesures arrêtées dans le plan de communication
2014		Encourager les établissements ou groupements sanitaires et les établissements et services médico-sociaux à désigner un représentant chargé d'instruire les plaintes, ou a créer une cellule orientée vers la communication des dossiers médicaux, au sein d'un service dédié à leur centralisation. Intégrer les éléments d'identification de l'existence d'une personne et d'un processus organisé de gestion des demandes et des plaintes qui y sont liées	ARS PRAPS	Service Démocratie sanitaire	Identifier les établissements ou la réponse est organisée	Proportion de l'évolution de l'organisation
2012		Préparer la nomination des personnes qualifiées dans le champ médico-social : identifier les difficultés, définir des listes départementales en lien avec les préfectures et les conseils généraux Nomination conjointe Diffusion des listes au sein des établissements et services médico-sociaux ainsi qu'auprès des praticiens libéraux	ARS : Démocratie sanitaire	Préfets de département Présidents des Conseils Généraux	Mettre en place le recours nécessaire lorsque le droit n'est pas appliqué	Proportion de personnes qualifiées désignées

3.3.3. Le droit à la non discrimination

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
Cf PRAPS	1. Lutter contre les refus de soins discriminatoires	Objectiver les refus de soins : en lien avec l'assurance maladie et l'Ordre des médecins, l'agence devra définir des indicateurs permettant de mesurer les refus de soins discriminatoires.	ARS : PRAPS	Service Démocratie sanitaire Assurance maladie Conseils ordinaux et URPS	Mesure des refus de soins discriminatoire	Mise en place des indicateurs
2014		Favoriser l'expression des voies de recours, via les associations d'usagers : mettre en place un plan de communication annuel à destination, des usagers et des associations. Inciter les établissements de l'ensemble des secteurs à former les représentants d'usagers dans ces domaines. Encourager les initiatives des associations en la matière.	ARS : Service Démocratie sanitaire / PRAPS	Assurance maladie Conseils ordinaux et URPS Associations d'usagers	Améliorer les modalités de recours	Nombre de représentants d'usagers formés
2016		Sensibiliser les professionnels de santé et les usagers au bon usage du système de soins Intégrer au plan de formation à décliner en direction des professionnels (point 2.B.b)	ARS : Service Démocratie sanitaire // PRAPS Assurance maladie Conseils ordinaux et URPS Associations	Associations d'usagers	Améliorer le dialogue entre les professionnels et les patients. Améliorer la prise en charge et les orientations	Nombre de professionnels formés
Cf PRAPS	2. Renforcer l'information sur les droits des usagers en matière d'accès aux soins	Sensibiliser, informer et former les équipes soignantes et les services administratifs des établissements de santé ainsi que la médecine de ville dans son ensemble, aux droits d'accès aux soins et à la prévention des usagers (notamment le droit à l'AME, à la CMU-C et l'aide à la souscription d'une complémentaire santé) Intégrer au plan de formation des professionnels décliné au point 2.2 2. un volet sur les droits d'accès aux soins, un autre sur la prise en charge des populations précarisées	ARS : PRAPS	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers pour la déclinaison des objectifs annuels Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS,... Organismes compétentes (assurance maladie …) Organismes de formation des professionnels	Assurer la formation des professionnels	Pourcentage de professionnels ou futurs professionnels formés
Cf PRAPS		Dédier un volet de communication spécifique sur l'accès aux soins : décliner les éléments d'information utiles à la prise en charge sur la PASS	ARS : PRAPS	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers Organismes professionnels : ordres, fédérations, URPS,... Organismes compétentes (assurance maladie …)	Améliorer la connaissance des dispositifs d'accès aux soins	Selon les orientations du plan de communication

3.3.3.Le droit à la non discrimination

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2015	3. Améliorer la connaissance du coût des actes	Rendre effectif l'affichage et/ou la remise systématique aux usagers du système de santé d'une information sur les droits d'accès aux soins et à la prévention, notamment sur le coût et le niveau de remboursement par l'Assurance maladie des actes médicaux avant qu'ils n'aient lieu Assurer la promotion du site Ameli.fr Encourager les établissements sanitaires et médico-sociaux à publier les éléments d'information concernant le coût des actes et consultations et évaluer le niveau de diffusion dans le cadre des rapports sur l'évaluation des droits	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers	Améliorer la transparence quant au coût du système	Evaluation du niveau d'affichage au sein des établissements
2013	4. Favoriser la désignation de « référents usagers » dans les domaines sanitaires et médico-social.	Faire en sorte que les patients et les personnes accompagnées par le dispositif médico-social disposent d'interlocuteurs à même de les renseigner et conseiller Réaliser un annuaire régional des représentants d'usagers au sein des établissements de santé Organiser la désignation des personnes qualifiées dans le médico-social	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers Préfets de département Présidents des Conseils Généraux	Amélioration de la connaissance des personnes ressources	Pourcentage de personnes identifiées
Cf PRAPS	5. Mettre en place dans les établissements des dispositifs permettant l'accès aux soins des populations vulnérables	Optimiser le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) Faire un focus annuel sur le fonctionnement des PASS dans le cadre de l'évaluation du respect des droits des usagers Proposer des axes d'améliorations issus de l'analyse des données des établissements	ARS : PRAPS	CRSA : Commission Spécialisée droits des usagers	Améliorer la connaissance de l'efficience du système	Indicateurs intégrés à l'évaluation du respect des droits des usagers réalisé annuellement par la CRSA

3.4 – FAIRE PROGRESSER L'EXERCICE DES DROITS COLLECTIFS DES USAGERS

3.4.1 Conforter la place des représentants d'usagers dans les établissements pour rendre effectif le respect des droits des usagers

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2014	1. Evaluer les conditions d'exercice des représentants d'usagers	Focus annuel des rapports de CRUQPC consacré aux conditions d'exercice Enquête auprès des représentants des usagers et des personnes qualifiées sur les conditions d'exercice de leur mission Réalisation d'un état des lieux	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : CSDU Etablissements de santé	Obtenir une analyse plus précise des conditions d'exercice des représentants	ratio indemnisation établissement Nombre de représentants d'usagers formés
2014	2. Réaliser un annuaire des représentants des usagers pour leur donner plus de visibilité.	Réalisation et mise en ligne d'un annuaire des représentants des usagers dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux		ARS : Service Démocratie sanitaire	Identifier l'ensemble des représentants des usagers, tous secteurs confondus et diffuser largement leur existence	Pourcentage de réalisation de l'annuaire

3.4.2 Conforter le rôle des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux

Priorité	Actions	Détail de l'action	Pilotes	Partenaires	Résultats attendus	Indicateurs
2012	Réalisation d'un état des lieux	Analyse de la synthèse régionale des questionnaires de la bientraitance de l'ANESM Réalisation d'une enquête spécifique concernant les Conseils de la vie sociale	ARS : Service Démocratie sanitaire	CRSA : CSDU Etablissements et services médico-sociaux	Meilleure connaissance du fonctionnement des CVS et des modalités de représentation des usagers	Nombre de CVS Pourcentage de conformité réglementaire

www.ars.paca.sante.fr

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille cedex 03
Standard : 04 13 55 80 10

Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur