



Provence-Alpes-Côte d'Azur

Cadre d'orientations stratégiques 2018, 2028,





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

1- LA SANTÉ EN PACA : FAITS MARQUANTS ET PRIORITÉS

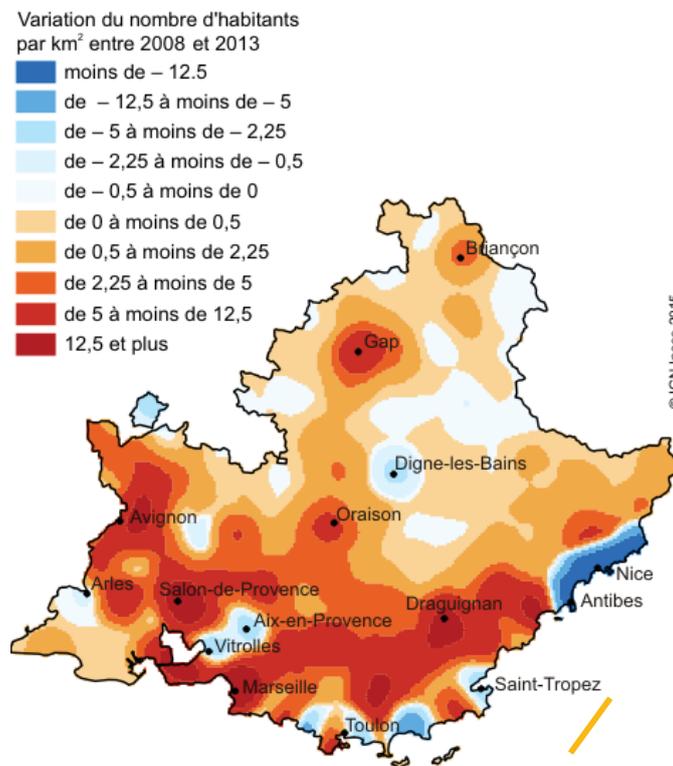
La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est marquée par de grandes diversités géographiques, démographiques, économiques, sociales, urbaines et environnementales. Ces caractéristiques sont à l'origine de besoins spécifiques qui influencent la consommation et l'offre de soins et doivent nécessairement être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

1.1 FAITS MARQUANTS DE LA REGION PACA

1.1.1 UNE DÉMOGRAPHIE CONTRASTÉE ET QUI LE RESTERA EN 2030

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

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



Source : Insee, Recensements de la population 2008 et 2013

FIGURE 1 – LA PERIURBANISATION PORTE LA CROISSANCE REGIONALE

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

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

1.1.3 UNE RÉGION FORTEMENT EXPOSÉE AUX RISQUES NATURELS ET ENVIRONNEMENTAUX

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

1.1.4 UNE CONSOMMATION DE SANTÉ PLUS FORTE QUE LA MOYENNE NATIONALE

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

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

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

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

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

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

1.2 LES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

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

1.2.1 PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS D'UNE POPULATION VIEILLISSANTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.5 POURSUIVRE LA BAISSÉ DE LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

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

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

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

1.2.6 ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2- LES TENDANCES : PROSPECTIVE SUR LA SANTÉ EN 2030

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

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

2.1 DES ÉVOLUTIONS TECHNIQUES ET ENVIRONNEMENTALES

2.1.1 DES INNOVATIONS TECHNIQUES DE NATURE À REVOLUTIONNER LES SOINS

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

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

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

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

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

2.1.2 LA PLACE CROISSANTE DE LA PRÉVENTION CONNECTÉE

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

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

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

2.1.3 DE NOUVEAUX RISQUES

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

2.1.4 LE CHANGEMENT CLIMATIQUE ET ENVIRONNEMENTAL

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

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

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

2.2.1 LA TÉLÉMÉDECINE ET LA RELATION « PROFESSIONNEL-MALADE »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 UNE NOUVELLE SOCIÉTÉ FAÇONNERA UN NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ

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

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

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

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

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

2.3.2 LA SOUTENABILITÉ ÉCONOMIQUE RESTERA UN SUJET INCONTOURNABLE

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

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

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

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

3- STRATÉGIE RÉGIONALE POUR TRANSFORMER LE SYSTEME DE SANTÉ

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

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

3.1 LES AXES STRATÉGIQUES DE TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

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

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

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

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

Renforcer la place du citoyen-usager du système de santé

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

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

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

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

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

Les leviers d'une gouvernance partagée.

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

3.1.3 AXE 3 : RECONFIGURER L'OFFRE DE SANTÉ

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

Les leviers de la gradation des soins sont les suivants.

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

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

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

Les leviers des évolutions des métiers de la santé.

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

3.1.5 AXE 5 : UTILISER LES INNOVATIONS ET LES OUTILS NUMÉRIQUES

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

Les leviers du développement des innovations et du numérique.

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

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

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

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

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

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

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

Les leviers de la coopération et de la coordination territoriale.

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

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

3.2 ORGANISER LES SEPT PARCOURS PRIORITAIRES DANS LA RÉGION

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

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

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

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

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

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

3.2.2 LES PARCOURS PRIORITAIRES DE LA RÉGION PACA

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

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

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

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

Les sept parcours prioritaires concernent :

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

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

4- PILOTAGE ET ÉVALUATION DU PRS

La mise en œuvre du Projet Régional de Santé nécessite :

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

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

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

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

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

Cette évaluation se déclinera sous la forme :

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