

Rapport d'activité

Agence régionale de santé Provence-Alpes Côte d'Azur

20
15



Paul CASTEL,
directeur général
de l'ARS Paca

Cinq ans après leur création par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009, les agences régionales de santé sont aujourd'hui identifiées et reconnues en tant qu'établissement public en charge du pilotage de la politique régionale de santé.

Pour mener cette politique, l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) s'appuie sur un cadre opérationnel dense, élaboré avec les instances de démocratie sanitaire, le projet régional de santé (PRS), adopté en 2012 pour une période de 5 ans.

Il comprend trois schémas d'orientations stratégiques ayant trait à l'organisation de la prévention, des soins et de l'offre médico-sociale, et cinq programmes constituant les plans d'actions pour une partie des missions et activités portées par l'agence.

En 2015, les grandes orientations de la stratégie nationale de santé lancée en 2013 ont été traduites dans le deuxième contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), signé entre l'Etat et l'ARS Paca le 3 septembre 2015, et conclu pour une période de trois ans.

Ce contrat prend également en compte les réformes structurelles engagées par le plan triennal 2015-2017 pour l'efficience et la performance du système de santé, porté en association avec l'assurance maladie, et celles inscrites dans la loi de modernisation du système de santé adoptée, par le parlement le 17 décembre 2015 : le renforcement de la prévention, la réorganisation des soins de proximité autour du médecin traitant et le développement des droits des patients ainsi que de la démocratie sanitaire.

Ainsi, dans un contexte financier contraint, nos priorités sont de conduire la régulation de l'offre de santé en veillant au maintien d'une bonne qualité des prises en charge, de fournir des réponses préventives et innovantes face aux besoins de santé des populations, en particulier des plus vulnérables, et de consolider une approche partenariale, favorable à la construction d'une culture commune de la santé dans notre région.

Ces évolutions importantes ont été intégrées dès cette année par les équipes de l'ARS Paca, directions métier et délégations départementales, au service des territoires, et je souhaite ici les remercier pour leur engagement et leur disponibilité, indispensables au bon fonctionnement de notre institution.

Ce rapport d'activité a donc l'ambition de renforcer la visibilité des actions que nous menons pour conduire la politique régionale de santé publique. Il participe à l'effort de transparence et de lisibilité, deux conditions importantes pour garantir la légitimité et l'efficacité de l'action publique auprès de l'ensemble de nos partenaires et de la population de la région, acteurs de santé comme usagers.

// Paul CASTEL, directeur général de l'ARS Paca

1 SRP – Schéma régional de prévention ; SROS – Schéma régional d'organisation des soins ; SROMS – Schéma régional d'organisation médico-sociale

2 PRAPS – Programme régional d'accès à la prévention et aux soins ; PRIAC – Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ; Programme régional de télémédecine ; PRGDR – Programme 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.

Sommaire

EDITORIAL 2-3

1^{ère} PARTIE : L'ARS, une institution récente, ouverte à ses partenaires, pour définir et mettre en oeuvre la politique de santé

- I. Le suivi et l'évaluation du projet régional de santé au service d'un meilleur pilotage de l'action publique 7
- II. La démocratie sanitaire, un partenariat pour promouvoir les droits des usagers 10
- III. La politique de ressources humaines : accompagner les agents au quotidien et promouvoir une culture commune 16

2^{ème} PARTIE : L'ARS, agir pour accompagner la transformation de l'organisation de la santé en Paca

- I. Maîtriser les dépenses de santé et renforcer la performance des acteurs de santé 19
 - 1.1 Le pilotage régional des dépenses de santé 19
 - 1.2 L'accompagnement des établissements de soins et des établissements et services médico-sociaux (ESMS) 23
 - 1.3 Améliorer la performance de l'offre de santé 27
- II. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge 30
 - 2.1 L'amélioration de la pertinence des prises en charge 21
 - 2.2 L'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge 32
 - 2.3 La prévention et le traitement des risques sanitaire 34

III. Adapter l'offre aux besoins de santé de la population 38

- 3.1 L'organisation de la coordination de prises en charge adaptées aux besoins des usagers 39
- 3.2 Favoriser l'accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées 51

IV. Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de santé 58

- 4.1 La réduction des inégalités de santé 58
- 4.2 Agir sur les déterminants environnementaux 64
- 4.3 Le développement de l'intersectorialité 70

PREMIÈRE PARTIE

L'ARS, une nouvelle institution récente, ouverte à ses partenaires, pour définir et mettre en oeuvre la politique de santé.



Le suivi et l'évaluation du projet régional de santé au service d'un meilleur pilotage de l'action publique.

À mi-parcours de la mise en œuvre de son PRS, l'ARS Paca a souhaité **s'engager dans une démarche d'évaluation externe de son action**, débutée en janvier 2015 et qui se poursuivra jusqu'au terme du PRS, à l'automne 2016.

Afin de garantir l'objectivité de l'exercice, l'évaluation a été confiée à un prestataire externe retenu dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres, le cabinet Planète publique. Au sein de l'agence, une équipe projet composée de membres de l'ARS et de la CRSA a piloté l'évaluation aux côtés du prestataire (*le cabinet Planète publique*). Cette organisation a été complétée par la mise en place d'un comité de pilotage et de validation rassemblant à parité des membres de la CRSA et de l'agence.

Cet exercice vise à répondre à trois enjeux majeurs : l'aide à la décision et au pilotage, le développement de la démocratie sanitaire, et la mobilisation et la concertation de tous les acteurs pour créer une dynamique territoriale.

Cette évaluation s'inscrit dans une dynamique de travail collectif. En complément de la méthodologie classique (*analyses documentaires et entretiens*), trois forums de concertation sont organisés pour débattre des thèmes et contribuer directement à la démarche d'évaluation. Ils réunissent une centaine de personnes représentant les six conférences de territoire, la CRSA et l'ARS. Ils sont regroupés en trois collèges (*les opérateurs, les institutionnels et les représentants d'usagers*) avec une répartition pondérée par population du département.

Les résultats de cette évaluation s'adresseront à un large public, acteurs de santé, bénéficiaires et usagers de cette politique publique. Ils permettront en outre de faire émerger des perspectives de travail pour un prochain projet régional de santé.

BILAN À MI-PARCOURS DU PRS, FEUILLE DE ROUTE DE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ

En juin 2015, un rapport intermédiaire axé sur 4 sujets transversaux a été publié⁵ :

Droits des usagers

Le PRS de la région est le seul de France à avoir consacré un programme au thème du droit des usagers, avec vingt-six actions financées. L'évaluation révèle que les instances d'usagers sont utilisées mais pas toujours suffisamment connues, que les droits des usagers ont évolué positivement, notamment dans le secteur hospitalier, avec toutefois quelques disparités. Des orientations sont proposées pour rendre les informations sur les droits des usagers plus accessibles.

Territorialisation de la politique de santé

Les projets territoriaux de santé ont été publiés en avril 2014 et leur élaboration a permis d'anticiper des évolutions importantes inscrites dans la loi de modernisation du système de santé (*diagnostic territorial en santé mentale ; partenariat fort avec les collectivités locales ; mise en place de parcours de santé...*) ; sept contrats locaux de santé sont signés et des appels à projets spécifiques sont en cours ; la déclinaison territoriale du projet régional est donc bien engagée. Parmi les orientations proposées : poursuivre l'identification des territoires prioritaires, et renforcer l'accompagnement des acteurs en ingénierie de projet sur le terrain.

Transversalité et coordination des politiques de santé

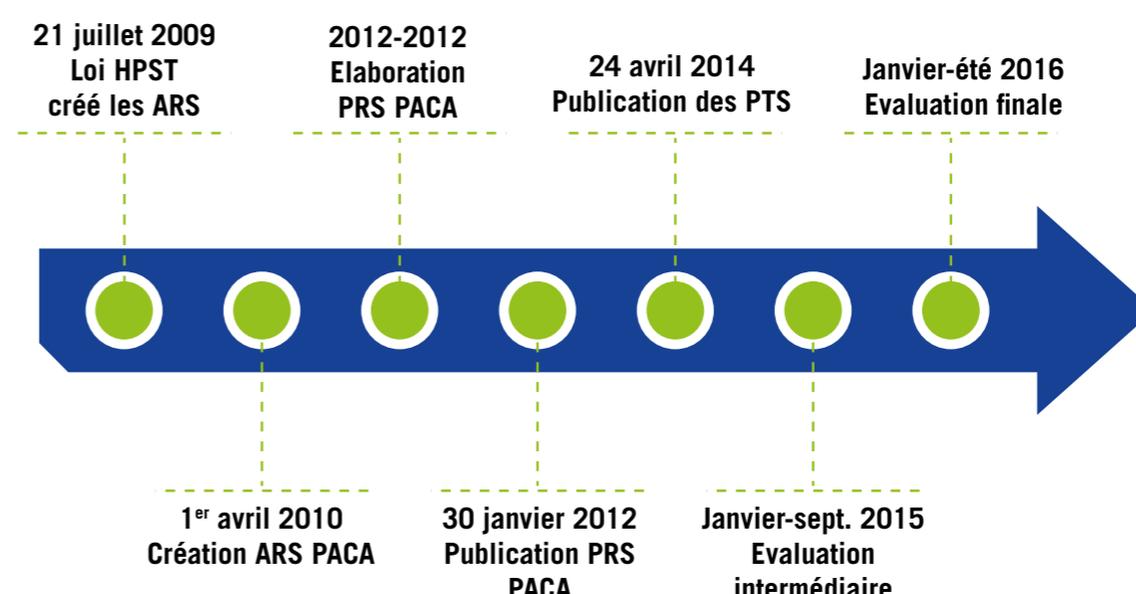
L'évaluation intermédiaire montre une amélioration de la coordination entre les acteurs du soin et du médico-social, par exemple pour les personnes âgées, ce qui est moins net pour les personnes handicapées. La dynamique de coordination doit être consolidée pour les personnes en situation de handicap. La prévention semble encore insuffisamment intégrée dans les stratégies des acteurs du sanitaire et du médico-social ; pour qu'elle soit mieux prise en compte, il apparaît nécessaire d'accentuer son impulsion stratégique et financière : telles sont les conclusions de cette démarche collective.

Réduction des inégalités de santé

Axe stratégique du PRS, le bilan souligne un volontarisme et une culture commune, un nombre important de travaux sont menés pour améliorer la connaissance des inégalités sociales en santé en région (*avec la création de l'indice de défavorisation sociale*), le financement de vingt-six actions pour agir sur les déterminants de santé, ou encore le rôle important du programme régional d'accès à la prévention et aux soins. La lisibilité des actions de l'ARS doit être renforcée auprès des acteurs de terrain, notamment auprès des acteurs sociaux.

La phase finale de cette démarche d'évaluation, qui se clôturera par la publication du rapport final en 2016, portera sur 3 thèmes majeurs : l'exercice coordonné des soins de premier recours, la prévention chez la femme enceinte, les enfants et les jeunes, et le parcours de santé des personnes handicapées.

Calendrier de l'évaluation du projet régional de santé Paca



La démocratie sanitaire, un partenariat pour promouvoir les droits des usagers.

La participation des usagers aux politiques de santé et la mise en œuvre d'une véritable démocratie sanitaire ont été consacrées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et par la loi HPST de 2009 qui instaure la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) Paca et les conférences de territoire, au nombre de six en Paca.

En reconnaissant les droits des patients en tant qu'individus et en affirmant l'existence de droits collectifs exercés à travers des instances de représentation, ces évolutions législatives ont fortement renforcé la notion de démocratie sanitaire.

C'est en effet grâce à ses partenaires et opérateurs que l'ARS déploie au quotidien la politique régionale de santé sur le terrain. C'est le principe de la démocratie sanitaire au sens large, c'est-à-dire une démocratie collaborative qui permet à toutes les parties prenantes de partager les décisions et d'y être associées. C'est à cette condition que nos politiques publiques seront mieux acceptées et mieux mises en œuvre.

Le programme régional d'action en faveur du respect et de la promotion des droits des usagers, et de la qualité de la prise en charge

L'ARS Paca porte un programme spécifique sur les droits des usagers et plus particulièrement sur la promotion et le respect des droits, et sur le rôle des usagers dans la qualité de la prise en charge. Elaboré avec le concours des membres de la commission spécialisée des droits des usagers de la CRSA, il est une composante du PRS au même titre que les 4 autres programmes. Il constitue la feuille de route opérationnelle pour permettre à la démocratie sanitaire de dépasser les simples déclarations d'intention.

Le déploiement de ce plan a notamment permis de déployer un outil informatique pour le recueil des données Cruq-PC des hôpitaux (*commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge*), d'élaborer un listing de l'ensemble des droits et un annuaire régional des représentants d'usagers dans les secteurs sanitaires, de former des représentants d'usagers, de réaliser des enquêtes spécifiques ou encore de mettre en œuvre un plan de communication.

La CRSA et les conférences de territoire, véritables passeurs de messages

En juillet 2014, la CRSA a été renouvelée. Installées en septembre 2014, les commissions spécialisées ont repris les chantiers initiés lors de la mandature précédente 2010-2014 et ont produit en 2015 un certain nombre de propositions sur des sujets tels que la feuille de route régionale du plan cancer, la loi de modernisation du système de santé, les situations critiques dans le secteur du handicap...

La formation des représentants des usagers est indispensable pour qu'ils puissent mener à bien leurs missions. La nécessité d'une formation adaptée sera accrue avec la nouvelle loi de santé qui prévoit un élargissement de la représentation des usagers. Pour cela, l'ARS a mis en place, en partenariat avec le Ciss Paca et l'Institut d'études politiques d'Aix-en-Provence, une plateforme pour former les usagers à l'exercice de leurs droits.

Nombre de représentants d'usagers formés dans des dispositifs financés par l'ARS



³ – L'intégralité des avis rendus par la CRSA est disponible sur le site internet de la Conférence : <http://www.ars.paca.sante.fr/Les-avis-rendus-par-la-CRSA.172629.0.htm>

Zoom sur le bilan de la première mandature de la CRSA

Le 26 juin 2014, le bilan de la première mandature de la CRSA 2010-2014 a été présenté en séance. Sur l'ensemble de sa mandature, la CRSA s'est réunie **132** fois. Elle a rendu **18** avis³, hors demandes d'autorisations étudiées en commission spécialisée de l'organisation des soins (Csos).

> La Csos a rendu **398** avis sur les demandes d'autorisation. **97 %** des avis donnés par la Csos ont été suivis par le directeur général de l'ARS

> Entre 2010 et 2014, la conférence a disposé d'un budget annuel moyen de **41 751 euros**.

L'ARS Paca a développé une campagne de **communication visant à informer les usagers sur leurs droits en matière de santé.**

Cette campagne a été relayée par l'assurance maladie : environ 600 000 envois accompagnant les feuilles de remboursement de soins ont été effectués en 2014-2015.

Parallèlement, le guide « usagers votre santé vos droits », édité par le ministère, et les fiches « droits du mois » de l'ARS Paca sont imprimés et diffusés aux membres de la CRSA et aux professionnels de santé (*libéraux, établissements...*).

Conformément au code de la santé publique, la CRSA procède chaque année

“ **à l'évaluation et au respect des 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** ”

Adopté par la CRSA le 25 février 2015, le rapport annuel 2014 sur les droits des usagers⁴ analyse les données 2013 transmises par les établissements de santé (*rapports Cruq-PC – commission des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge*) et les établissements et services médico-sociaux du secteur des personnes âgées (*à noter le caractère déclaratif pour cette première année et la restriction du champ aux établissements hébergeant des personnes âgées*).

Pour les établissements de santé, 269 rapports ont été remplis et clôturés, soit un taux de retour de 96,5 %, en constante augmentation par rapport aux années précédentes.

Pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS) du secteur des personnes âgées, 334 questionnaires ont été remplis et clôturés par les ESMS personnes âgées, soit un taux de retour de 40,2 %.

L'analyse des indicateurs renseignés dans ces rapports a conduit l'ARS à mettre en place des actions visant à améliorer l'effectivité des droits des usagers.

Zoom sur la labellisation des projets exemplaires en matière de droits des usagers

Depuis 2011, l'ARS valorise et récompense chaque année des expériences exemplaires dans le champ de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers ou de la prise en charge et des accompagnements médico-sociaux. Ces actions doivent présenter un caractère innovant et reproductible, et impliquer des usagers dans des initiatives contribuant à promouvoir les droits individuels et collectifs des patients.

> 12 projets ont concouru en 2015, **3** ont été primés au niveau régional et **2** ont participé au concours national.

⁴ – http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Concertation_regionale/CRSA/droits_des_usagers/2_-_Rapport_droits_des_usagers_2014_donnees_2013_VF.pdf

Zoom sur l'appel à projet démocratie sanitaire

Afin d'appuyer le développement de la démocratie sanitaire, des crédits spécifiques sont dédiés à son financement.

L'ARS Paca et le président de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) Paca ont décidé d'organiser un appel à projets à destination de toutes les associations de la région pour promouvoir et veiller au respect des droits des patients et des usagers, pour développer l'information et pour impliquer au plus près des territoires les citoyens et les acteurs concernés dans l'organisation et l'évolution du système de santé :

- > **10 projets** ont été reçus et instruits par le service démocratie sanitaire de l'ARS. Sur avis de la commission permanente de la CRSA,
- 7 projets** ont fait l'objet d'un financement pour la mise en place d'une action en 2015. Une évaluation de ces projets sera faite en 2016.

LES AGORAS : DYNAMISER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

L'ARS Paca a organisé, les 8 et 9 octobre 2015 à Toulon, un événement professionnel inédit, labellisé « semaine de l'innovation publique », « les agoras de l'ARS Paca ».

Les agoras avaient pour objectif de rassembler l'ensemble des acteurs de la santé, dans une dynamique de renforcement de la démocratie sanitaire afin de promouvoir une culture commune, de diffuser les savoirs et les pratiques, de créer les conditions de l'échange et du partage et de susciter les partenariats.

Cet événement aux 60 temps forts, sur le thème des parcours de santé, a enregistré plus de 1000 passages chaque jour pour un total de 1500 participants.

Avec cette manifestation, organisée pour les 5 ans de l'agence, l'ARS Paca a su valoriser la politique régionale de santé et ses acteurs, grâce à la participation active des professionnels de santé, des usagers, des directeurs d'établissements de santé ou médico-sociaux, des responsables de services à la personne, des acteurs de santé publique et de prévention, des professionnels libéraux, des élus locaux, des services de l'Etat... tout en mettant en lumière les missions de ses équipes. Cet événement participatif a abouti à la production collégiale d'orientations de travail pour l'ARS et ses partenaires.

La CRSA a été un acteur clé de cette démarche puisque le « comité des programmes », ayant pour mission de contribuer à l'élaboration et valider le programme de ces deux jours était présidé par le président de la CRSA et, sur les 18 membres de ce comité, 12 étaient membres de la CRSA.

Les agoras constituent le point de départ de l'animation d'une communauté des acteurs de santé en région Paca, et ont vocation à se renouveler tous les deux ans, en différents points du territoire.



La politique de ressources humaines : accompagner les agents au quotidien et promouvoir une culture commune.

La direction déléguée aux ressources humaines (DDRH) veille au quotidien à promouvoir l'adaptation des compétences des agents aux évolutions des missions et à poursuivre l'amélioration de la qualité de vie au travail à travers quatre axes de travail :

- > la gestion des ressources administratives ;
- > le recrutement, le développement des compétences et des talents ;
- > le dialogue social et la qualité de vie au travail ;
- > le pilotage de la fonction ressources humaines au profit des besoins de l'agence.

Créée le 1^{er} avril 2010, l'ARS reste encore un jeune établissement public qui rassemble des agents, des cultures professionnelles et des méthodes managériales de différents horizons. C'est dans ce contexte que la DDRH déploie des dispositifs pour favoriser l'émergence d'une culture et de pratiques professionnelles communes et partagées par l'ensemble de ses agents.

ACCOMPAGNER LES AGENTS AU QUOTIDIEN

La DDRH conduit un important travail de montée en expertise et en compétences. Des gestionnaires et des professionnels de la ressource humaine sont à l'écoute des besoins des agents, dans tous les domaines : gestion administrative, formation, bilan de compétences, accompagnement individuel.



Plusieurs dispositifs sont mis en place pour permettre à chaque agent qui le souhaite d'être accompagné tout au long de son parcours professionnel.

Ainsi, ces accompagnements sont proposés :

- > lors d'une démarche de réorientation professionnelle ;
- > lors d'une démarche de développement de carrière ;
- > lors d'une démarche de développement des compétences ;
- > lors d'une prise de fonction managériale à l'agence.

La formation continue des collaborateurs de l'agence

Depuis sa création l'agence a dû mettre en œuvre différents processus d'intégration :

- > intégrer les professionnels d'horizons et de cultures différentes ;
- > installer des lignes hiérarchiques et des logiques transversales ;
- > mettre en œuvre des instructions nationales fréquentes.

La formation continue est un des leviers disponibles pour rendre lisibles et cohérents ces différents processus.

Au regard de ces enjeux, le plan de formation de l'agence 2014-2016 s'articule autour de 3 axes stratégiques :

- > garantir l'adéquation des compétences des collaborateurs aux enjeux de la stratégie nationale de santé (SNS) et du projet régional de santé (PRS) ;
- > favoriser le déploiement d'une culture de prévention des risques psychosociaux et de qualité de vie au travail ;
- > accompagner le renforcement des coopérations internes et externes de l'agence.

LA PROMOTION D'UNE CULTURE COMMUNE AU SEIN DE L'AGENCE

Pour favoriser le développement de pratiques managériales harmonisées et efficaces qui concilient l'atteinte des objectifs et l'épanouissement professionnel, la DDRH développe des actions d'accompagnement et de formation destinées à soutenir l'action des managers dans l'exercice de leur fonction.

En 2015, la DDRH a notamment déployé deux actions innovantes à l'attention des managers :

- > le dispositif de formation « manager avec les gros cailloux » ;
- > les ateliers de co-développement managériaux.

Le dispositif de formation « manager avec les gros cailloux »

Ce dispositif de formation a pour objectif d'aider les managers à mieux gérer leur charge de travail et leurs priorités, c'est à dire leurs activités principales, les « gros cailloux », et donc celles de leur équipe en fonction des enjeux de l'agence.

Il permet de promouvoir une culture managériale et des modes de pilotages partagés au sein de l'agence. A travers des sessions et ateliers collectifs et individuel, 128 managers ont bénéficié de cette formation en 2015

Ce format mixte composé d'une session collective et d'un accompagnement individuel a permis à chaque manager d'approfondir la méthode et les outils en l'adaptant à la problématique de son équipe tout en bénéficiant de l'appui de coachs certifiés.

Les ateliers de co-développement managériaux

La DDRH a expérimenté en janvier et février 2015, la mise en place d'ateliers d'échanges de pratiques afin de permettre aux managers concernés par une première ou une nouvelle prise de fonction managériale (*mobilité interne...*) de bénéficier de retours d'expériences en management et de partager de bonnes pratiques avec des managers expérimentés.

17 participants ont bénéficié de ces temps d'échanges entre pairs qui seront reconduits en 2016 pour des problématiques partagées par les managers.

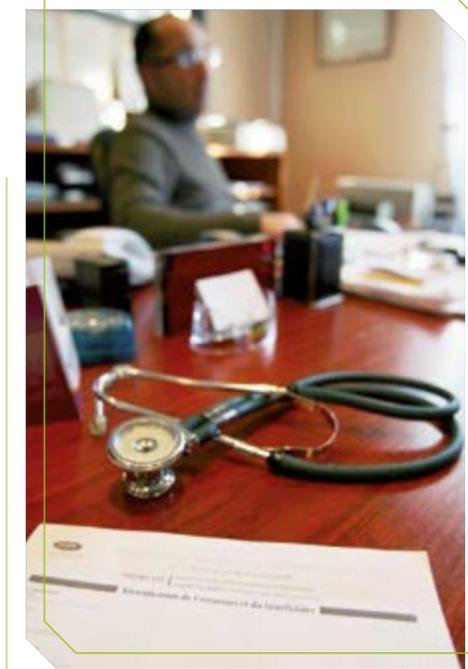
SECONDE PARTIE

L'ARS, agir pour accompagner la transformation de l'organisation de la santé en Paca.



Maîtriser les dépenses de santé et renforcer la performance des acteurs de santé.

Dans un contexte d'accroissement contenu des dépenses de santé, tant au niveau national qu'au niveau régional, l'ARS Paca porte un engagement fort en faveur d'une meilleure efficacité de l'offre de santé. Conformément au contrat conclu entre l'agence et le ministère (Cpom) et au plan triennal 2015-2017, **la maîtrise de la dépense de santé en région et l'accompagnement des établissements de soins et des établissements et services médico-sociaux (ESMS)** constituent deux axes majeurs pour répondre à cet enjeu de modernisation et d'évolution des pratiques.



1.1 LE PILOTAGE RÉGIONAL DES DÉPENSES DE SANTÉ

L'évolution des dépenses de santé en 2013-2014, en Paca, 3^e région de France

Dépenses de santé en Paca - 2014

	Paca	France	Paca/France
En milliers d'euros	017 034	194 203	8,77%
Population	4 964	65 800	7,55%
Dépense/habitant	3 431	2 951	16%

Avec plus de 17 milliards d'euros en 2014, la région Paca représente 8.77 % des dépenses de santé au niveau national pour 7.55 % de la population nationale. Rapporté à la population, les dépenses de santé représentent 3 431 euros par habitant soit un écart supérieur de 16 % à la moyenne nationale. Après standardisation de cet écart brut, c'est-à-dire prise en compte de la structure par âge et de l'état de santé des populations, la région se classe en deuxième position derrière la Guadeloupe et juste devant la Corse.

	Paca			France			Comparatif PacaFRANCE
	Réalisé (en M€)	Part en %	Dépense moy/hab	Réalisé (en M€)	Part en %	Dépenses moy/hab	
Santé publique	40.36	0.24%	8.17	693.43	0.36%	10.58	0.77
Soins de ville	8 267.06	48.53%	1 674.36	83 195.35	42.84%	1 269.33	1.32
Etablissements de santé	6074.45	35.66%	1 230.28	76 811.55	39.55%	1 171.93	1.05
ESMS	1 475.09	8.66%	298.76	21 025.46	10.83%	320.79	0.93
Autres prestations	1 019.14	5.98%	206.41	10 648.10	5.48%	162.46	1.27
Autres dépenses	158.16	0.93%	32.03	1 829.63	0.94%	27.91	1.15

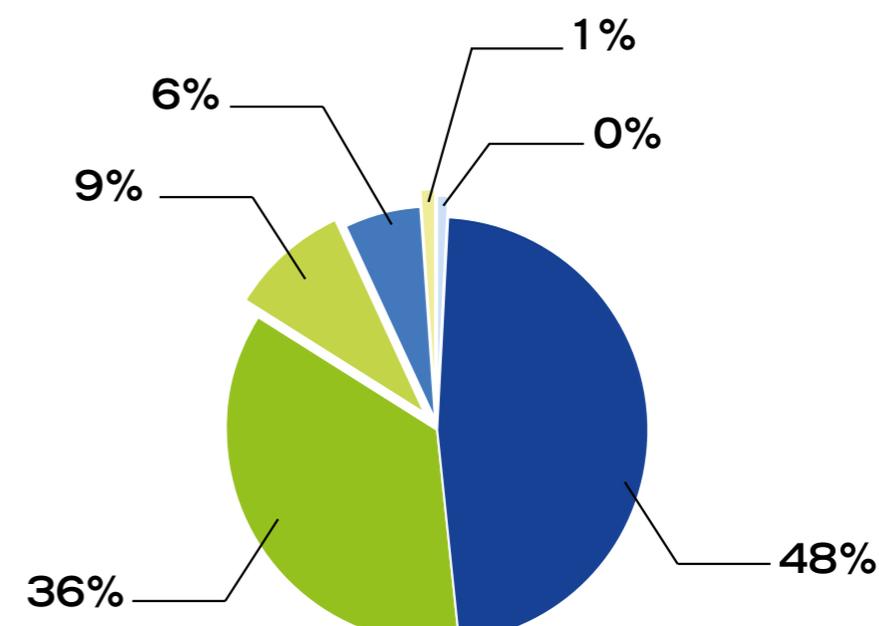
Ce surcroît de dépenses se reflète particulièrement lorsque l'on analyse les **dépenses de soins de ville** qui s'élèvent à 1 269 euros par habitant en moyenne. Avec les soins en établissements de santé, ces deux postes représentent plus de 82 % des dépenses de santé de Paca.

Si la dépense moyenne par habitant de Paca est supérieure de 32 % à la moyenne nationale en ce qui concerne les soins de ville elle s'avère inférieure de 23 % à la dépense moyenne nationale sur le champ de la prévention et de 7 % dans le champ du médico-social.

Pour ces deux derniers domaines, cet écart peut en partie s'expliquer pour la prévention par des financements nationaux prenant en compte des indicateurs de santé globalement plus favorables en Paca, et pour le médico-social, notamment par un faible taux régional d'équipement en structures médico-sociales et un nombre restreint de places restant à installer.

Dans tous les champs, l'émiettement des structures et des promoteurs constitue une des caractéristiques de l'offre de santé de la région Paca, expliquant les difficultés de financement ressenties.

Répartition des dépenses de santé



- Dépenses de santé publique
- Dépenses de soins de ville
- Dépenses des établissements de santé
- Dépenses des établissements de santé
- Versements aux ESMS
- Autres prestations AT-MP, invalidité, décès

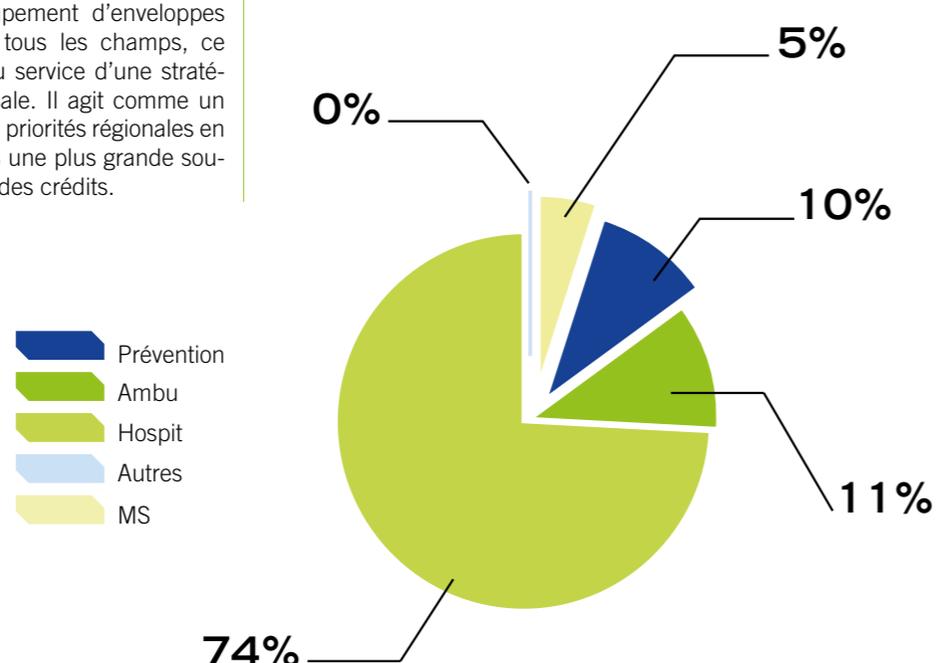
Répartition des crédits versés par l'ARS - 2014

Les crédits répartis par l'ARS en 2014 s'élèvent à plus de 3.075 milliards d'euros, soit une augmentation de 1.57 % par rapport à 2013, ils représentent 18 % de l'ensemble des dépenses de santé.

Au-delà notamment des dotations versées aux établissements, il est intéressant de réaliser un point particulier sur l'utilisation du Fonds d'intervention régional (Fir), qui représente 7 % des dépenses allouées par l'ARS. Constitué d'un regroupement d'enveloppes pouvant appartenir à tous les champs, ce fonds permet d'agir au service d'une stratégie régionale transversale. Il agit comme un levier pour déployer les priorités régionales en donnant ainsi aux ARS une plus grande souplesse dans la gestion des crédits.

Utilisation des crédits Fir - 2015

231,5 millions d'euros (230 M en 2014) dont : 172,3 millions (170 M) sur l'hospitalier, 24,2 millions (27,6 M) sur l'ambulatoire, 21,9 millions pour la prévention (idem 2014), 12,6 millions (10,9 M) sur le médico-social, 0,5 million pour autres (1,2 M) : démocratie sanitaire, études, Sl...



1.2 L'ACCOMPAGNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESMS)

La régulation de l'offre de santé a pour objectif essentiel d'accompagner l'adaptation des acteurs de santé aux besoins des populations prises en charge, dans le respect de l'accessibilité à la santé, dans le souci de l'équité territoriale et dans l'exigence de la qualité et de l'efficience.

Plusieurs leviers sont déployés par l'ARS pour permettre une rationalisation de l'offre :

> **La planification** : le schéma régional d'organisation des soins élabore des recommandations en termes d'évolution de l'offre hospitalière, ainsi que des évolutions en termes d'implantation. Les **renouvellements d'autorisation** et les autorisations nouvelles sont dépendants de ces orientations. En 2015, la campagne de renouvellement des autorisations (*principalement SSR, médecine et psychiatrie*) et les dispositifs d'**accompagnement des coopérations** ont fortement sollicité la direction de l'offre de soins et les délégations territoriales.

En matière de coopérations, l'enjeu 2015 a été celui de la poursuite du déploiement des groupements de coopération sanitaire et des **communautés hospitalières de territoire**. Ces coopérations permettent à des établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions. Les coopérations hospitalières publiques vont évoluer vers des groupements hospitaliers de territoire adoptés à l'occasion de la loi de santé de 2015, et qui seront installés au 1^{er} juillet 2016 au plus tard. Au sein du groupe « prospective territoriale » initié en interne à l'ARS Paca, un important travail d'exploitation et d'analyse des données a été démarré pour objectiver et partager une organisation territoriale cible de l'ensemble des acteurs de la santé. Le dialogue avec les acteurs locaux devra se poursuivre en 2016.

Une forte mobilisation autour de la démarche du « groupe transversal prospective » dans le Vaucluse

> **Objectif** : présenter un ou plusieurs scénarii d'évolution de l'offre de santé à 10 ans en terme de capacités hospitalières, restructuration médico-sociale, fongibilité, reconversion vers l'ambulatoire, développement de la prévention dans les établissements et structures d'exercice coordonné.

> **Méthode** : Une équipe-projet de 5 personnes au sein de la DD84, pilotée par la déléguée départementale ; une réunion préparatoire axée sur le territoire de la CHT et abordant chacun des champs, animée par la délégation départementale en lien et avec les représentants des champs médico-sociaux, hospitaliers, ambulatoires, parcours et prévention. Des experts invités par ailleurs : télémédecine, pharmacie et biologie, des représentants de la direction générale.

> **Processus** : 8 réunions formalisées conduites de février à juin

> **Production** : une note de synthèse globale du groupe transversal prospective ; une note thématique détaillée sur la recomposition de l'offre sanitaire dans le Vaucluse ; 5 notes individualisées pour 5 ex-hôpitaux locaux et sites de SSR du Vaucluse.

> **Bénéfices de la démarche** : définition d'orientations de travail, sur lesquelles s'appuyer à chaque dépôt de projet de restructuration, dépôt de demande de renouvellement d'autorisation, contribution au Sros SSR etc. Ce travail a contribué très concrètement dès 2015 à la validation du projet de restructuration du CH Valréas (octroi d'une aide en capital de 2,3 M€ supplémentaires), à la validation du projet de restructuration du CHI Cavaillon-Lauris (aide à l'investissement fléchée de 3,4 M€) à la validation du projet de reconstruction de l'Ephad de Bedoin (octroi d'une aide à l'investissement de 1,9 M€), à la validation du projet de restructuration de l'EEAP au sein de l'IME Saint-Ange (aide à l'investissement de 1 M€).

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) est l'outil de planification de l'offre médico-sociale. Cette planification doit accompagner la recomposition de l'offre, pour aboutir à une répartition plus équilibrée entre les territoires.

Ainsi, l'accent a davantage été mis sur les services – Sessad (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) pour les enfants ; Ssiad (*services de soins infirmiers à domicile*) pour les adultes – que sur les établissements ; cela a permis de mieux répartir l'accès aux soins en introduisant des *critères de proximité*.

En septembre 2014, le Priac a fait l'objet d'une révision portant principalement sur la programmation des crédits notifiés dans le cadre du 3^{ème} plan autisme, soit près de 12 millions d'euros. Cette révision a été l'occasion d'affiner la programmation 2012-2016 sur le versant autisme et autres troubles envahissants du développement (Ted). Cela correspond à près de 2 millions d'euros destinés à doter de moyens supplémentaires des unités de prises en charge, non identifiées en tant que telles auparavant, recevant de fait cette reconnaissance qui vient renforcer les mesures du plan autisme.

> **La contractualisation** : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) sont des outils de dialogue entre l'ARS et les structures de santé. Par ce contrat, l'ARS et la structure conviennent ensemble des objectifs et de missions spécifiques qui lui seront confiées. Les dispositions financières et les modalités de suivi sont également intégrées au Cpom ce qui permet de sécuriser les dotations des associations gestionnaires.

Dans le champ médico-social, 153 ESMS ont signé un Cpom et l'agence entend poursuivre sa politique de développement de la contractualisation au travers d'un plan d'action régional pluriannuel élaboré en 2016, dans la perspective de la généralisation des Cpom à l'horizon 2021 (*projet de loi ASV, et PLFSS 2016*).

Cette contractualisation accompagne également le développement de logiques de mutualisation et de coopération. Ainsi, à travers la **création de plateformes dans le champ du handicap**, il s'agit de construire une réponse adaptée en prenant en compte **les complémentarités des prises en charges**, essentielles dans la construction de parcours. Par ailleurs, ces rapprochements permettent des mutualisations pour certains postes administratifs ou certaines fonctions comme les achats. Dans le champ des personnes handicapées, 2 plateformes ont été créées en 2013 dans les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse, regroupant 85 places.

> **La convergence tarifaire** : essentiellement pratiquée dans le champ médico-social à destination des personnes âgées, le mécanisme de convergence tarifaire a pour objectif de réduire les inégalités de financement existant entre les structures de la région. Cette possibilité est aussi utilisée dans le domaine sanitaire.

En 2015, 26 établissements accueillant des personnes âgées étaient sous convergence tarifaire pour un montant de 616 326 euros. A noter également pour cette même année la création d'un Pasa – Pôle d'activité et de soins adapté par convergence tarifaire.

> **La fongibilité des crédits** : ce mécanisme permet, dans certaines conditions, de réorienter des crédits utilisés dans un secteur au profit d'un autre. Elle peut accompagner des transformations profondes de l'offre de santé. La fongibilité des crédits s'opère essentiellement à partir du sanitaire, au profit du médico-social. Elle peut également s'opérer entre le champ personnes âgées et le champ des personnes handicapées dans le médico-social, ou du sanitaire vers la prévention.

Zoom sur la transformation d'un Ephaad en foyer d'accueil médicalisé (Fam) à Mane (Alpes-de-Haute-Provence)

Après deux ans de travaux en collaboration avec la CNSA et le Conseil départemental des Alpes-de-Haute-Provence, le Fam de 35 places a ouvert en janvier 2015. Une année devrait être nécessaire pour une mise en place complète avec un renfort de personnel (**éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, ou psychomotriciens**).

> Les plus :

- > Transfert des crédits dédiés au secteur des personnes âgées vers celui des personnes handicapées
- > Maintien des résidents dans l'établissement en faisant reconnaître leur handicap auprès des MDPH (**maisons départementale des personnes handicapées**).
- > Sélection commune du porteur de projet avec le conseil départemental du 04 et maintien de l'emploi de l'ensemble des salariés de l'Ephaad.

1.3 AMÉLIORER LA PERFORMANCE DE L'OFFRE DE SANTÉ

La mise en œuvre du plan triennal 2015-2017

Avec un objectif de ralentissement de la progression de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam), le plan triennal 2015-2017 pour l'efficacité et la performance du système de santé doit transformer en profondeur notre système de santé pour plus d'efficacité et de qualité. Sa mise en œuvre nécessite une forte mobilisation des agences régionales de santé, en partenariat étroit avec l'assurance maladie pour les objectifs partagés, et dans le cadre d'un dialogue avec les établissements de santé.

Ce plan se décline en huit axes visant à l'amélioration de la performance de ces établissements tout en étant respectueux de l'amélioration de la qualité des prises en charge.

En 2015, les établissements de soins ont été invités à s'engager sur chacun de ces axes dans une feuille de route stratégique validée par le directeur général de l'agence. 148 feuilles de route stratégiques ont été élaborées. Pour 36 établissements ces feuilles ont fait l'objet d'une déclinaison opérationnelle.

En complément, 19 établissements de soins sont intégrés dans le dispositif initié par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). Le suivi régional de ces engagements est effectué parallèlement au suivi budgétaire des établissements.

Le respect de l'équilibre budgétaire des établissements de santé

Pour **accompagner les établissements publics de santé en vue de retrouver un équilibre budgétaire**, l'ARS conclut des **Cref (contrats de retour à l'équilibre financier)**. Ces contrats ont pour objectif de permettre aux établissements les plus en difficulté d'améliorer leur situation budgétaire. Ils sont basés sur une analyse globale de la situation de l'établissement au regard des recettes et des dépenses.

Ils détaillent les actions qui doivent être mises en œuvre pour assainir les finances dans le **respect de la qualité et de l'accessibilité des soins**. Les contrats peuvent comporter des mesures d'accompagnement en investissement ou en crédits de ressources humaines.

A ce jour, 11 établissements sont suivis (6 en Cref et 5 en PRE) et 9 font l'objet de négociations en cours.

Faire évoluer l'allocation des ressources

Des chantiers ou travaux ont été menés pour rendre plus équitables les attributions régionales de crédits sanitaires. A titre d'exemple, les crédits de psychiatrie ont fait l'objet d'une péréquation travaillée avec les établissements avec un objectif de rééquilibrage sur plusieurs exercices. Des travaux ont également été menés sur les centres périnataux de proximité et sur les permanences d'accès aux soins des personnes précaires.

Depuis le 1^{er} janvier 2016 la gestion budgétaire et comptable du Fonds d'intervention régional a été presque en totalité transférée sur le budget de l'agence. Ce transfert a généré une réorganisation interne importante. Il rend possible une **gestion pluriannuelle des crédits**, et permet ainsi de mener à bien des opérations de transformation du système de santé. Par exemple, des contractualisations pourront être mises en place sur plusieurs années avec les établissements de santé dans le cadre d'une évolution de leurs activités.

Accompagner les établissements de santé publics et les établissements médico-sociaux dans leur démarche d'amélioration de la performance

Plusieurs démarches ont été initiées ou poursuivies avec des objectifs précis :

> **optimiser les achats** : l'objectif de réduction des dépenses d'achats en 2015 (27,1M€) est en passe d'être atteint grâce à la mobilisation des établissements de santé, des groupements d'achats et au soutien de l'ARS dans l'animation de la démarche. En 2015, 24 établissements de soins ont transmis leur plan d'action achat, ce qui correspond à 38 % de la cible. La mobilisation autour de la réussite du plan triennal a entraîné une accélération de la dynamique. A noter que les Ephad publics ont également été sensibilisés au programme Phare (*performance hospitalière pour des achats responsables*) - en décembre 2015 ;

> **moderniser l'offre sanitaire** : l'ARS a soutenu pour 1 million d'euros des initiatives dans le cadre d'un appel à projets. Ils ont principalement été dédiés à des études visant à une modernisation de l'offre (*performance des organisations, développement de la chirurgie ambulatoire, mutualisation des installations, gestion des lits...*), au déploiement des politiques achats, à la certification des comptes et au déploiement de la comptabilité analytique. Sur la gestion des lits, il s'agit de poursuivre au niveau régional la dynamique initiée par l'Anap. La démarche menée sur la certification des comptes et les outils régionaux a été repérée et présentée au niveau national.

> **Instaurer une culture du benchmark** : de nombreux outils de benchmark ont été développés notamment sur la situation financière des établissements de santé via les applications nationales (*diamant, hospidiag...*), ainsi que sur le dimensionnement capacitaire. Sur ce point, les données ont été utilisées pour calibrer les efforts de restructuration des établissements sous Cref et pour établir un dimensionnement réaliste des capacités sur un territoire.

> **L'ARS Paca s'est portée candidate auprès de l'Anap dès 2014 pour expérimenter un tableau de bord de la performance des établissements et services médico-sociaux**. C'est un outil d'aide à la gestion interne et à la gouvernance qui facilite également l'exploitation des données par les services gestionnaires de l'ARS et des Conseils départementaux. Plus du tiers des structures a intégré ce dispositif (*environ 600 structures*) et l'objectif est porté à 85 % fin 2016 afin de pouvoir tirer les premiers enseignements et études dès 2017, année de sa généralisation.

Prioriser les projets d'investissement

Le suivi des dossiers d'investissement des établissements de santé est mené selon trois approches complémentaires :

> l'accompagnement au montage des dossiers de financements nationaux (Copermo) ;

> le respect des orientations régionales (*schéma régional d'investissement en santé, Sris*) et la cohérence entre les évolutions des différentes activités, sanitaire et médico-sociale, pour que les projets soient pertinents ;

> l'accompagnement spécifique des établissements de soins sous Cref pour des projets restructurants.



Dans le domaine des établissements médico-sociaux, le recensement de l'Etat de vétusté des établissements médico-sociaux doit être réalisé. L'ARS Paca a donc initié en septembre 2015 une étude « bâti » auprès d'un panel d'Ephad publics et associatifs sur des territoires infra départementaux définis par les délégations départementales. Cette étude doit permettre à l'ARS de disposer sur ces territoires, d'une meilleure lisibilité sur l'état de l'offre, des priorités en termes de projets d'investissement à accompagner, mais aussi des opportunités de regroupement.

Garantir la pertinence, la qualité et la sécurité des prises en charge.

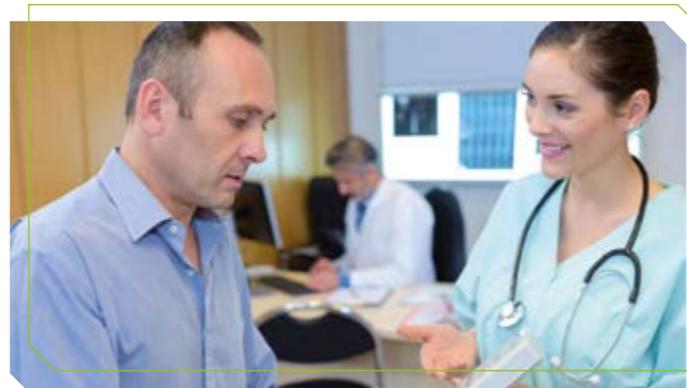
Dans le cadre d'un contexte financier contraint, l'amélioration de la performance des acteurs de santé, à travers notamment la contractualisation et la régulation de l'offre, s'accompagne d'une politique d'amélioration de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

2.1 L'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE

> La pertinence des soins, intégrée dans les programmes de gestion du risque depuis 2012, est une des quatre axes de travail partagés entre l'ARS et l'assurance maladie dans le cadre du plan triennal 2015-2017.

L'amélioration de la pertinence vise à l'amélioration de l'efficacité des soins par une diminution des soins inutiles ou inadaptés, et leurs conséquences. Les variations de pratiques médicales sont effet importantes et interrogent sur l'égalité et la qualité des soins délivrés.

La promotion de cet objectif passe par l'élaboration d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (Paprap) qui doit permettre aux établissements de s'engager dans cette démarche via un contrat tripartite. Ce plan sera élaboré en 2016 pour préciser les domaines d'actions prioritaires et définir les actes, les prestations et les prescriptions qui seront retenus pour les quatre années à venir, en



concertation avec l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (Irap) qui sera constituée au premier semestre 2016. Indépendamment des études qui permettront de cibler les futures priorités, les actions 2015 ont porté sur les césariennes (*audit sur les césariennes programmées*) et sur les angioplasties (*mise en place d'un registre*).

Concernant les évolutions d'organisation des soins, les travaux menés ont été les suivants :

> **réanimation et unités de surveillance continue** : état des lieux réalisé sur l'ensemble des sites avec rédaction de recommandations en termes d'évolution ;

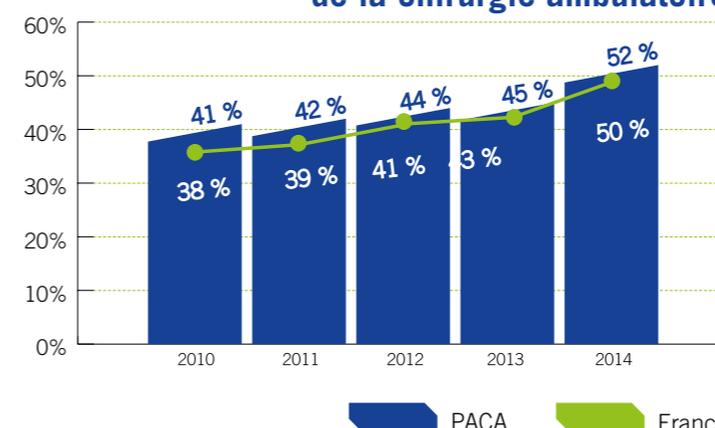
> **cancérologie** : constitution d'un groupe de travail régional pour élaborer des orientations régionales pour la mise en œuvre du plan cancer III ;

> **périnatalité** : fusion des réseaux de périnatalité, définition et suivi du programme de travail ;

> **SSR** : élaboration d'un projet de révision du volet Sros-SSR avec association des professionnels et des usagers ;

> **gériatrie** : réalisation d'un état des lieux sur la partie filière gériatrique sanitaire (*circulaire de 2007*).

Evolution du taux de pratique de la chirurgie ambulatoire



Zoom sur la chirurgie ambulatoire

Cette pratique centrée sur le patient permet un retour au domicile le jour même de l'intervention ; son développement permet un saut qualitatif dans la prise en charge du patient. Il s'agit donc d'un enjeu majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins inscrit depuis 2011 dans le programme régional de gestion du risque et depuis 2015 dans le plan triennal 2015-2017 pour l'efficacité et la performance du système de santé.

La région Paca se positionne parmi les 3 premières régions de France pour la pratique de la chirurgie ambulatoire.

L'ARS Paca entend poursuivre son action et continuer à promouvoir un développement ambitieux des prises en charge ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète tout en facilitant l'adaptation des organisations et des capacités.

2.2 L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE

> Procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, la certification est au cœur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Des professionnels de santé mandatés par la Haute Autorité de santé (HAS) réalisent les visites de certification sur la base d'un référentiel qui permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

Mise en œuvre par la HAS, la procédure de certification s'effectue tous les 4 ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé, à travers un référentiel d'évaluation du fonctionnement global.

Elle concerne : les établissements de santé publics et privés, les installations autonomes de chirurgie esthétique, et les groupements de coopération sanitaire.

Le bilan de septembre 2015 en Paca fait apparaître :

- 153 ES certifiés sans réserves ni recommandations ;
- 106 établissements avec recommandations ;
- 16 établissements avec réserves.

Il n'y a plus aucun établissement en sursis de certification. Le nombre de réserves et de recommandations le plus important concerne la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse, et pour les recommandations uniquement, vient en 2ème position la qualité de la gestion du dossier patient.

> Dans le cadre de sa politique d'amélioration de la qualité, l'ARS contrôle les établissements de la région sur deux séries d'indicateurs relatifs aux infections nosocomiales (*indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales – Icalin*) et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Ipaqss) :

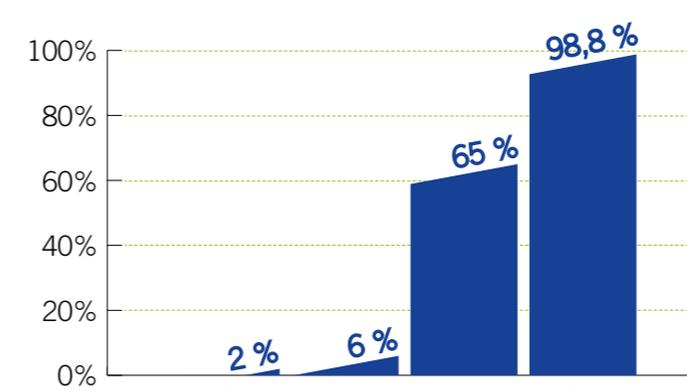
- Concernant les indicateurs issus du bilan de prévention des infections nosocomiales 32 établissements ont été contrôlés ;
- Pour les Ipaqss, en 2015, les contrôles portaient sur les indicateurs de pratique clinique (*prise en charge de l'hémorragie du post-partum ; de l'infarctus du myocarde, des patients en hémodialyse, de l'AVC*) ; une quinzaine d'établissements ont été contrôlés.

> La « mission inspection-contrôle-réclamations » est en charge du pilotage des inspections et contrôles, et de la gestion de toutes les réclamations de la région Paca.

Le service traite les réclamations des usagers et les signalements de nombreux partenaires au sein de l'ARS et à l'extérieur de l'ARS (*ordres professionnels, organismes d'assurance maladie, conseils départementaux, parquets...*). Le nombre de réclamations enregistrées en 2015 s'élève à 484 (contre 597 en 2014). Ces réclamations concernent principalement le champ sanitaire (262) puis le médico-social (211). Les réclamations les plus significatives en termes de protection des populations ont donné lieu à des inspections sur site. La mission ICR coordonne la mise en œuvre du programme régional d'inspection-contrôle (Pric 2015).

Ces contrôles concernent les champs de la pharmacie et des laboratoires, du sanitaire, de santé-environnement et du médico-social.

- Le Pric 2015 est majoritairement atteint en termes d'objectifs chiffrés. Environ 900 contrôles ont été réalisés cette année dans ce cadre, dont à peu près 600 relevant du champ santé-environnemental. Des inspections-contrôles non programmées sont également conduites. Cette année, plusieurs centaines ont été réalisées, hors cadre du Pric, en particulier dans les domaines des établissements sanitaires, médico-sociaux, des transports sanitaires et de la pharmacie.
- A noter également pour 2015, 3 procédures sont en cours suite à des inspections menées dans des structures illégales accueillant des personnes âgées dépendantes.



Taux d'établissements et services médico-sociaux ayant fait l'objet d'une évaluation externe

> L'évaluation des établissements et services médico-sociaux au service de l'amélioration des pratiques

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) autorisés avant 2002 (945) et recevant des financements publics doivent mettre en œuvre une évaluation interne et externe de leur fonctionnement. Tous les ESMS de la région auront ainsi fait l'objet d'une évaluation externe d'ici 2017 avant de voir renouveler leur autorisation. Les délégations départementales et la direction de l'offre médico-sociale ont mené en 2015 et poursuivent en 2016 un important travail d'analyse et d'exploitation de ces évaluations pour mettre en œuvre, à compter du **1^{er} janvier 2017, le renouvellement pour 15 ans des autorisations accordées aux ESMS concernés.**

Ces évaluations externes permettront de mener une réflexion sur les besoins des usagers et sur leurs prises en charge mais également sur la recherche d'une plus grande efficacité des établissements.

> L'Omédit (*Observatoires interrégional du médicament et des dispositifs médicaux stériles Paca-CORSE*) est une structure d'appui, d'évaluation et d'expertise missionnée par l'ARS Paca pour animer une politique coordonnée de bon usage des produits de santé et de bonnes pratiques en termes de qualité, sécurité et d'efficience.

L'Omédit poursuit 4 objectifs :

- promouvoir le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux dans les établissements de santé ;
- favoriser un égal accès aux innovations thérapeutiques ;
- évaluer la qualité des organisations et le respect des recommandations ou des référentiels ;
- renforcer la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients.

Dans ce contexte, l'Omédit Paca-Corse a analysé en 2015 les rapports d'étapes de 140 établissements ayant signé un contrat de bon usage (CBU) en région Paca et Corse, elle a participé aux dialogues de gestion des 35 établissements ciblés dans la cadre du plan triennal. Elle a en outre animé des groupes de travail spécifiques (*politique du médicament, ordonnances de sortie, dialyse...*) et mené des actions de communication et de formation (*encadrement de thèse de pharmacie ; interventions à différents congrès ou réunions scientifiques...*).

2.3 LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DES RISQUES SANITAIRES

La protection des populations constitue une des missions prioritaires de l'ARS Paca. Dans le domaine de la veille et sécurité sanitaire, cette année 2015 a été marquée par une activité forte concernant les maladies émergentes et ré-émergentes, comme l'Ebola, les coronavirus Mers, la dengue, le chikungunya et des investigations d'épidémie majeure comme l'épidémie de grippe en janvier-février 2015.

Aux côtés de l'animation d'un dispositif de veille et de sécurité sanitaire, plusieurs événements majeurs ont nécessité une gestion de proximité et réactive de la part des agents de l'ARS.

> Les **signaux sanitaires** sont transmis dans le cadre du Vagusan - volet veille, alerte, gestion des urgences sanitaires - du schéma régional de prévention. Ce volet a pour principal objectif d'améliorer la collecte des signaux sanitaires notamment par la mise en place d'une plateforme régionale de réception des signaux, opérationnelle depuis 2010. L'analyse de ces signaux met en lumière les inégalités, notamment concernant le saturnisme, la rougeole, la tuberculose, l'hépatite A.

Cette veille conduit ainsi à un meilleur ciblage des actions de prévention, en particulier en matière de vaccination dans tel ou tel territoire (*territoires alpins plutôt que zone côtière par exemple*), ou dans tel quartier considéré comme prioritaire.

> La région Paca a organisé **son activité de veille sanitaire dans le domaine de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance sur deux territoires** :

- région Paca Ouest pour les départements des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse, soit : 61 ES transfuseurs ; 21 dépôts de sang ; 7 sites EFS ;
- région Paca Est pour les départements des Hautes-Alpes, Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes et Var, soit : 63 ES transfuseurs ; 26 dépôts de sang ; 4 sites EFS.

Au cours de son activité 2015, la cellule régionale a assuré la gestion des processus déclaratifs (*plus de 1000 déclarations*) et a mené des inspections de dépôts de sang et d'un laboratoire. La cellule a en outre participé aux réunions de sécurité dans les établissements de santé transfuseurs (région Paca Ouest) et aux comités médicaux de l'Etablissement français du sang (EFS). Enfin, elle a analysé les résultats de l'« enquête hémovigilance » adressée chaque année aux 124 ES transfuseurs et aux 47 dépôts de sang de la région. Par ailleurs la cellule assure la diffusion toutes les nouvelles dispositions réglementaires concernant l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle.

> En 2015 l'enveloppe Fir consacrée aux appels à projet dans le cadre du programme national de sécurité du patient et réforme des vigilances (PNSP) a permis l'accompagnement financier de :

- 7 projets visant à favoriser la conciliation médicamenteuse, la pharmacovigilance et à prévenir les effets iatrogènes ;
- 7 projets pour la prévention des infections associées aux soins dans le secteur médico social dont les débuts des créations d'équipes mobiles d'hygiène ;
- 1 projet sur l'identito-vigilance.

> La mission qualité et sécurité des activités pharmaceutiques et biologiques (MQSAPB) intervient dans l'ensemble des champs, que ce soit hospitalier ou ambulatoire, public ou privé.

L'activité est répartie autour de blocs thématiques que sont :

- les autorisations administratives (*313 dossiers dont notamment les autorisations des laboratoires de biologie médicale, les transferts de pharmacie d'officine, l'autorisation de la vente de médicaments par internet*) ;
- les inspections relevant notamment du programme régional d'inspection et de contrôle de l'ARS (*prise en charge médicamenteuse en ESMS, centres de santé dentaire associatifs...*) ;

- le traitement des plaintes et réclamations (*64 dossiers dont des problèmes de qualité en établissements de santé ou médico-sociaux, des erreurs médicamenteuses, des erreurs de groupage en immuno-hématologie...*) ;

> l'activité judiciaire (*vingtaine de dossier cette année portant sur des sujets médiatisés comme les prothèses Pip ou des trafics de médicaments humains - psychotropes, stupéfiants - ou vétérinaires*) ;

> les autres missions telle l'expérimentation de la dispensation à l'unité des antibiotiques en pharmacie de ville (*appel à candidature, suivi des pharmacies, rémunération...*) en lien avec l'Inserm et le ministère de la Santé.

La réponse aux événements majeurs dans les Alpes-Maritimes

Le département des Alpes-Maritimes a fait face au cours de l'année 2015 à deux événements majeurs qui ont mobilisé fortement les services de l'agence régionale de santé et plus particulièrement les services « santé environnement » et « veille et sécurité sanitaire ».

I. La manifestation « mud day » (challenge sportif) du 20 juin 2015

L'épreuve « the mud day » a eu lieu le samedi 20 juin 2015 et a été marquée dans les jours qui ont suivi par une épidémie de gastroentérites aiguës chez 18 % des participants, soit 1.500 personnes.

L'Institut national de veille sanitaire (INVS) a été saisi par le Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (Coruss) ; l'ARS et la Cire ont été informés. Un dispositif de veille et de sécurité sanitaire a été immédiatement mis en œuvre, l'enquête sur l'origine de cette épidémie a alors été lancée.

Parallèlement à la mise en ligne d'un questionnaire à destination des participants pour recueillir les informations auprès des personnes ayant présenté des symptômes, des prélèvements ont été réalisés sur le terrain par le service Santé environnement (*prélèvements de terre, de boue*). Celui-ci s'est également attaché à vérifier la qualité de l'eau ayant servi à la culture de la boue.

Des analyses ont été réalisées auprès des personnes reçues aux urgences des établissements de santé et l'ARS a pris contact avec les laboratoires et s'est chargée de la relation avec les services d'urgence des établissements.

L'ARS a ainsi agi en acteur de première ligne auprès des participants, des établissements, des laboratoires et des media, relayant régulièrement l'ensemble des informations relatives à cet épisode sur son site Internet (*sources de contamination, symptômes, durée de ceux-ci, caractère non alarmant de l'épidémie, règles d'hygiène à respecter*).

II. Les intempéries du 3 octobre 2015

Un phénomène météorologique exceptionnel par son intensité et sa violence, localisé tout particulièrement dans l'Ouest du département des Alpes-Maritimes, a entraîné dans la nuit du 3 au 4 octobre 2015 le décès de 20 personnes, dont 3 résidents d'un l'Ephad de la commune de Biot.

Les conséquences de ces intempéries ont engendré un transfert de tous les résidents de cet établissement vers des Ephad du département, en tenant compte des situations individuelles des résidents, en lien étroit avec le groupe gestionnaire.

Un soutien psychologique et médical a été apporté aux résidents choqués, à leurs familles et aux personnels de l'établissement.

Un suivi rapproché de tous les établissements sanitaires et médico-sociaux avec des dégâts matériels parfois lourds impactant le fonctionnement des structures (*coupures d'électricité, de chauffage, d'eau, de téléphonie, d'ascenseurs...*) a été organisé par les services de la délégation départementale pendant les deux semaines qui ont suivi l'évènement, en lien étroit avec la protection civile, les services de l'Etat et du département.

En parallèle, une veille des services de la délégation sur la qualité de l'eau de consommation a été mise en place en lien avec les exploitants. Le laboratoire en charge des prélèvements a également été sollicité pour renforcer temporairement ses équipes, particulièrement dans le secteur impacté. Au total 74 prélèvements ont été réalisés au cours de ces 2 premiers jours et le vendredi 9 octobre, l'interprétation sanitaire de l'ensemble des résultats a permis de conclure à la potabilité de l'eau distribuée par ces différents réseaux et donc à l'absence de risque pour la population concernée.

Ces informations ont été relayées par communiqué de presse et mises en ligne par la préfecture.

Adapter l'offre aux besoins de santé de la population.

Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques transforment les besoins de prise en charge de la population. L'intervention de plusieurs acteurs de santé autour du patient devient de plus en plus fréquente. L'amélioration de la coordination des prises en charge est essentielle pour éviter les ruptures dans les parcours de santé et limiter les hospitalisations évitables



Le développement des parcours de santé, articulés autour d'une offre de premier recours consolidée, est un enjeu majeur de la loi de modernisation du système de santé qui a été en débat au parlement tout au long de l'année 2015. Les populations principalement ciblées dans l'organisation des parcours sont toutes les personnes vulnérables quel que soit le type de vulnérabilité (*complexité de la prise en charge, détresse sociale...*).

La réorientation des acteurs du 1^{er} recours pour améliorer les parcours de santé des populations, engagée depuis plusieurs années, est amplifiée avec les nouvelles dispositions de la loi. Elle s'opère au travers des missions confiées aux équipes de soins primaires, et à l'identification progressive des services d'appui nécessaires à la prise en charge de proximité dans les situations complexes. Elle nécessite d'organiser différemment les liens entre la prise en charge au domicile et l'hôpital.

La mise en œuvre de cette coordination sera notamment facilitée par l'émergence de « communautés professionnelles de territoire ». Le partage d'informations entre les acteurs devient incontournable (*déploiement de système d'information partagés et sécurisés*).



3.1 L'ORGANISATION DE LA COORDINATION DE PRISES EN CHARGE ADAPTÉES AUX BESOINS DES USAGERS

En 2015, l'ARS a poursuivi l'accompagnement de l'évolution des dispositifs de coordination, pour s'inscrire dans les orientations de la loi de modernisation de notre système de santé. La démarche expérimentale de coordinations territoriales d'appui, développée depuis 2013 et dorénavant installée dans 9 territoires, a permis de travailler de façon transversale sur l'évolution des missions et des périmètres d'intervention de différents acteurs de santé.

> **La réorganisation de 6 réseaux gérontologiques en plateforme territoriale d'appui (PTA) a été engagée tout au long de l'année 2015** pour les faire évoluer vers une plus grande polyvalence et/ou une extension de leur territoire géographique d'intervention. Cette transformation a été actée à l'été 2015 avec la signature de 6 Cpom. L'objectif est de déployer une coordination de proximité dans le but d'améliorer l'accès aux soins et de contribuer à fluidifier le parcours des patients en situation de complexité. Ces PTA favorisent la mobilisation des différents acteurs de la prévention, de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale du territoire notamment les professionnels de santé pour éviter les ruptures dans les prises en charge ; elles assurent ainsi l'articulation dans le cadre de situations complexes avec les gestionnaires de cas des Maia et les experts thématiques dont les réseaux.

> Des actions de prévention des ruptures de parcours, en particulier pour les personnes âgées sont en train de se développer. Ainsi, **deux « expérimentations dites article 70¹¹ » se sont poursuivies en Paca**. La première concerne l'agglomération marseillaise dont les porteurs sont l'Ap-Hm et le Centre gérontologique départemental (CGD), la seconde concerne le pays Grassois, le porteur étant le réseau gérontologique AG3.

¹¹ – L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 propose des expérimentations visant à favoriser la continuité du parcours de soins des personnes âgées par une meilleure organisation des soins, une meilleure coordination et un véritable partage d'informations entre les professionnels

Dans le projet sur Marseille, le choix a été fait de mettre en place une équipe mobile de gérontologie externe, poursuivant une double mission :

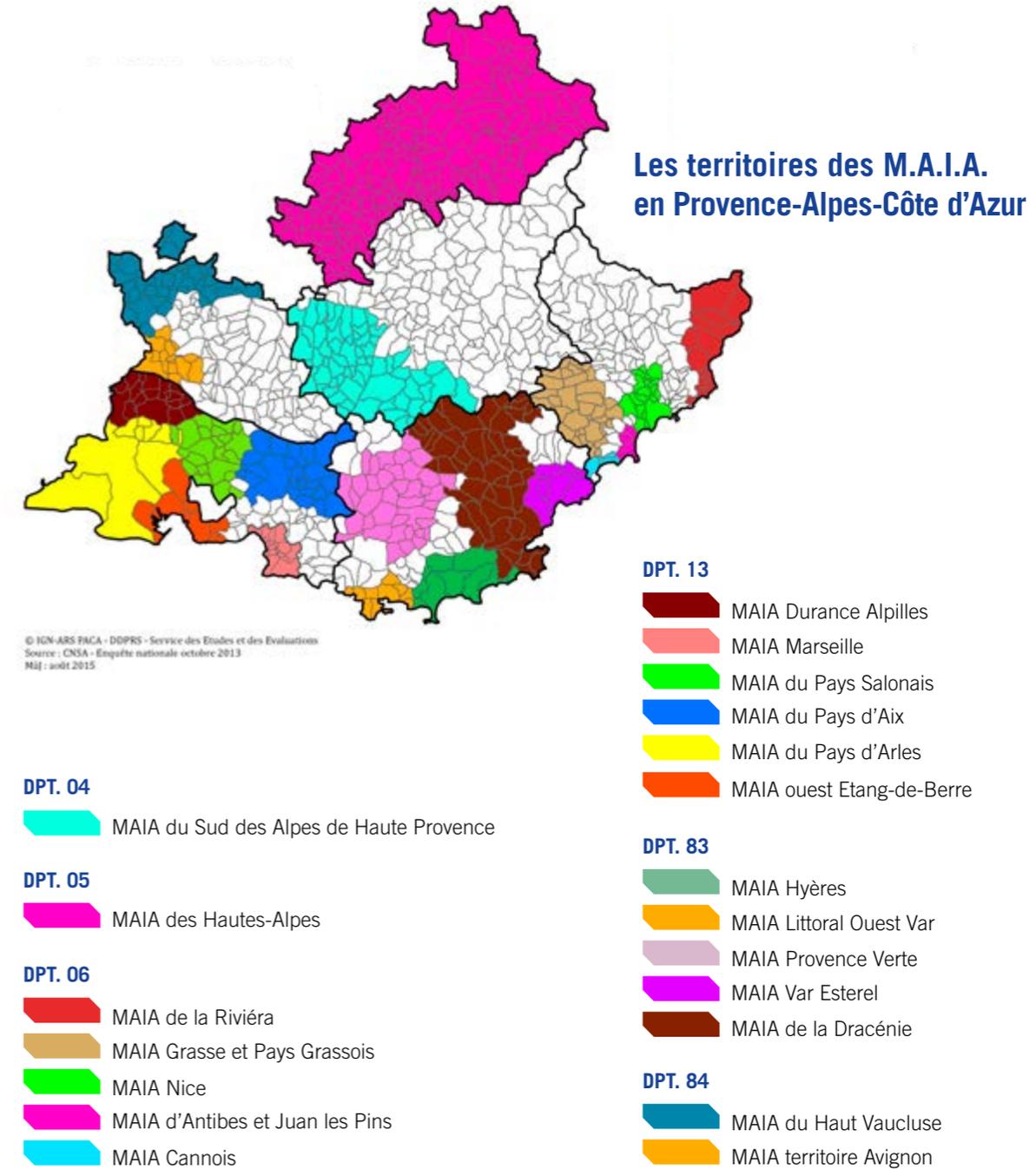
> réduire les hospitalisations des usagers des Ephad, notamment en se déplaçant dans les établissements pour réaliser des évaluations gériatriques et soutenir les équipes soignantes dans leur stratégie.

> travailler sur l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées fragiles, notamment en proposant des outils permettant pendant l'hospitalisation la détection de la fragilité afin de limiter les risques de réhospitalisations. Ainsi, l'équipe mobile gériatrique extérieure a testé en 2015 une échelle de dépistage des fragilités, développée dans les services de l'Ap-Hm, au sein de l'HIA Laveran.

Dans le projet Grassois, l'option a été faite de développer des outils destinés préférentiellement aux professionnels de santé libéraux. Les objectifs poursuivis sont de repérer les fragilités et de mettre en place des organisations pour améliorer le retour à domicile suite à une hospitalisation. Ce projet a permis le développement de cette organisation sur Grasse et 40 communes du haut pays grassois.

> La méthode Maia (*méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie*) associe sur un territoire tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et leurs aidants.

Sa mise en œuvre repose sur une concertation locale, l'intégration des services (*l'intégration va au-delà de la coordination, elle vise à amener les différents professionnels orientant des personnes âgées à co-construire leurs outils et moyens d'action*) et la gestion de cas (*des « gestionnaires de cas » sont dédiés à la coordination des interventions de soutien du maintien à domicile des personnes âgées en situations complexes et mettent en place des plans de services individualisés*). Après un démarrage en 2011 dans les Alpes-Maritimes et les Bouches-du-Rhône, 20 Maia sont désormais installées dans la région Paca.



Le pilotage départemental des Maia du Var

Le déploiement des Maia sur l'ensemble du Var, département fortement marqué par le vieillissement en Paca et peu doté en structures dédiées à la coordination gérontologique, est un enjeu de structuration du parcours de santé des personnes âgées et de préparation des futures fonctions et plateformes d'appui aux professionnels, prévues par la loi de modernisation du système de santé.

L'année 2015 a permis d'atteindre cet objectif et de renforcer le pilotage départemental du dispositif par la Délégation départementale du Var, en lien avec ses partenaires.

> Le pilotage par une table stratégique départementale

Au-delà des concertations prônées par les textes au niveau local (concertation entre opérateurs, dite tactique, concertation entre décideurs, dite stratégique), la délégation départementale a fait le choix, en lien étroit avec le conseil départemental du Var, de créer une table stratégique départementale réunissant les décideurs, financeurs et représentants des établissements et services (conseil départemental, différentes URPS, Cnam, caisses de retraite, fédérations, représentants des usagers, l'ORU, pilotes et porteurs Maia).

Cette instance assure un pilotage transversal et homogène de l'ensemble des Maia du Var.

> Le maillage de l'ensemble du département

4 Maia ont été créées dans le Var progressivement depuis 2012. En juillet 2015, une 5^{ème} Maia a été créée sur le territoire de la Dracénie avec une antenne sur le golfe de Saint-Tropez.

Fin 2015, la table stratégique a validé le maillage proposé pour le Var, reposant sur un redécoupage avec extension des limites territoriales des 4 Maia existantes.

> Le renforcement des Maia

Les moyens des Maia ont été renforcés. 17 gestionnaires de cas seront progressivement déployés sur l'ensemble des Maia. L'enjeu est la mise en œuvre opérationnelle de cette activité de gestion de cas :

l'objectif de 40 cas suivis par gestionnaire recruté a été réaffirmé.

> Un baromètre parcours de santé

Des moyens importants sont mis en œuvre pour la coordination des parcours de santé par les financeurs. Il est important que l'ensemble des acteurs puisse évaluer l'impact de ces dispositifs sur l'amélioration du parcours.

Un baromètre a été construit avec les Maia et le groupe parcours de santé du programme territorial de santé, qui renseignera :

- L'évolution du recours à l'hôpital et aux urgences hospitalières
- Le développement de l'ambulatoire
- L'impact de la gestion de cas

> Préparer les futures plateformes territoriales d'appui

Les Maia contribueront aux fonctions d'appui aux professionnels prévues par la loi de modernisation du système de santé. Elles ont vocation à en constituer la brique « personnes âgées ». Leur enjeu est dans ce cadre de mettre en œuvre un service opérationnel, à la disposition des acteurs du premier recours.

Structurer et déployer l'exercice de l'éducation thérapeutique du patient au service des patients atteints de maladies chroniques

Selon la définition de la Haute Autorité de santé (HAS), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) « vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un *processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient* ».

Dans le cadre du schéma régional de prévention, l'ARS Paca accompagne la montée en charge de l'ETP pour les patients atteints de maladies chroniques¹² :

- > en pérennisant les programmes existants ;
- > en développant de nouveaux programmes sur des territoires et des pathologies prioritaires, notamment grâce à des appels à projets, en tenant compte des inégalités sociales et territoriales ;
- > en sensibilisant les professionnels de santé (*formation des professionnels libéraux, actions de communication dans les cabinets*) ;
- > en informant le grand public (*campagne de communication, information sur les programmes d'ETP existants remis aux médecins avec le protocole de soins suite à la déclaration d'une maladie chronique*) ;
- > en développant des actions éducatives de suivi des patients après la fin d'un programme.

-  Nombre de programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés
-  Dont nombre de programmes financés par l'ARS



12 – Pour 2015, si 268 programmes sont autorisés, 281 programmes réels sont proposés au public. (1 programme autorisé peut être proposé sur plusieurs sites).
Les programmes autorisés portent essentiellement sur le diabète (24%), les pathologies cardiovasculaires (14%), les pathologies respiratoires (asthme et BPCO 13%) et l'obésité (13%).

Promouvoir la pratique sportive pour améliorer la santé

A travers la mise en œuvre du plan régional sport santé bien-être, signé le 28 juin 2013, l'ARS Paca, en coordination avec la DRJSCS et le Comité régional olympique et sportif (Cros), promeut la pratique sportive pour améliorer la santé.

Au-delà de l'action préventive, ce plan innovant considère le sport, à l'instar de nombreuses études reconnues, comme une thérapie non médicamenteuse pour le traitement de certaines maladies. C'est pourquoi il s'adresse prioritairement aux personnes atteintes de maladies chroniques, de personnes qui avancent en âge et aux personnes handicapées. Après une identification des points de rupture pour une personne qui voudrait pratiquer une activité physique, des actions ont été engagées :

- > renforcer les liens entre les professionnels de santé et les professionnels du sport
- > mettre en place des formations ;
- > construire un répertoire des structures qui peuvent accueillir les malades ;
- > favoriser l'inter-professionnalité en organisant 2 réunions thématiques par an réunissant professionnels de santé et du sport (*exemples de thématiques : activités physiques et sportives (APS) et cancer ; APS et insuffisance respiratoire ; APS et grossesse...*).

L'ARS Paca a également lancé un appel à projets à partir de 2013 destiné aux professionnels de santé, aux professionnels du sport et aux villes :

En 2013 et 2014, 230 000 euros ont été alloués au titre du Fir pour financer une vingtaine de projets chaque année. A l'issu de l'appel à projets 2015, clos le 31 mars, environ 105 dossiers ont été déposés, ont été déposés. ce qui montre le développement croissant de l'intérêt des professionnels pour ces nouvelles pratiques. Les projets ont été financés à hauteur de 600 000 euros.

> **L'organisation régionale pour la périnatalité :** le plus important réseau périnatalité de France.

En juin 2014, les trois réseaux de périnatalité de la région ont entamé un processus de fusion pour constituer un réseau régional unique couvrant Paca, Corse et Monaco. Une évolution inscrite dans le Sros, accompagnée par l'ARS, et qui s'est concrétisée en mars 2015 par la signature d'un Cpom avec l'agence.

En termes de population couverte, il constitue désormais le plus important réseau de l'hexagone.

L'objectif est de garantir une prise en charge identique dans la partie Est et Ouest de la région en mettant en commun les protocoles, les logiciels et les projets, mais aussi en optimisant les moyens financiers importants (1 million d'euros) attribués aux 3 réseaux. Le réseau vise également à soutenir et à former les professionnels de santé autour des thèmes de la prévention, du dépistage et des difficultés psycho-sociales.

Ce réseau regroupe l'ensemble des acteurs de la périnatalité de notre région. Les professionnels libéraux représentés dans ce réseau par les URPS et différentes associations représentatives (par exemple le collège des gynécologues médicaux) pourront adhérer directement au réseau par le biais d'une charte.

> **Les conseils locaux de santé mentale (CLSM),** outil de concertation et de coordination territoriale dans le champ de la santé mentale.

Outil de déclinaison territoriale du Projet régional de santé Paca, le conseil local de santé mentale permet d'asseoir la concertation entre l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale et de coordonner leurs politiques publiques, sur un territoire de proximité, afin de répondre aux besoins de la population en matière de prévention, d'accès à la santé et d'inclusion sociale. A l'initiative des élus locaux, le CLSM permet de renforcer l'inter-sectorialité des politiques publiques locales dans le champ de la santé mentale au service des usagers. C'est pourquoi, l'ARS en promeut le développement et l'accompagne. Fin 2015, la région Paca compte 8 CLSM (Marseille, Nice, Digne-les-Bains, Cagnes-sur-Mer et Martigues, Salon-de-Provence, Saint-Maximin la Sainte-Baume et Brignoles) ainsi que des dynamiques locales en santé mentale similaires.



La coordination des professionnels au service de meilleures prises en charge : la mise en place d'une plateforme autisme à Manosque.

En mars 2015, la plateforme « Orange bleue » regroupant différents services de l'Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales (Adapei) des Alpes de Haute-Provence a été inaugurée à Manosque, près du centre hospitalier. Elle a permis la création d'une « unité départementale de diagnostic et d'évaluation fonctionnelle » (Udef) de niveau 2 des troubles du spectre autistique en lien avec le centre de référence autisme (CRA) Paca.

Cette plateforme renforce l'offre de proximité du territoire en réunissant plusieurs services, en offrant un guichet unique et en favorisant ainsi la continuité de parcours des usagers.

➤ Ce projet a été initié dès 2012 à partir des orientations du Sroms concernant l'offre de soins de proximité, notamment à destination des enfants et adolescents touchés par l'autisme et les troubles envahissants du développement.

L'axe 4 du Programme territorial de santé des Alpes de Haute-Provence a investi cette thématique par une action spécifique de « mise en place d'une plateforme de diagnostic autisme à Manosque ».

C'est dans ce cadre que la délégation départementale a accompagné et soutenu le projet de regrouper les services existants de l'Adapei 04 (IME, Sessad, SAMSAH/SAVS) dispersés à Manosque et a œuvré en faveur de la création d'une unité départementale d'évaluation et de diagnostic des troubles de l'autisme sur cette plateforme unique.

➤ Une convention de partenariat cadre fixant les modalités de l'opération et la gestion du lieu a été signée le 27 janvier 2015 entre l'Adapei 04, le Camps de Digne (secteur Nord) et les services de pédopsychiatrie, gérés par le CH de Dignes, ainsi que le Camps de Manosque (Secteur sud), géré par l'Association pour l'intégration des personnes en situation de handicap (ARI).

Un projet commun rédigé par les deux Camps en lien avec la pédopsychiatrie du département et le CRA a été déposé pour répondre à l'appel à candidature lancé par l'ARS Paca en mai 2015 relatif au triptyque autisme.

➤ Cette action a permis de réunir des professionnels de santé pluridisciplinaires de statuts différents (associatifs, fonction publique hospitalière), de les faire adhérer au projet présenté et de parvenir à un accord officiel de travail en partenariat.

➤ Depuis l'ouverture, 4 diagnostics ont été réalisés ce qui a favorisé une prise en charge précoce des enfants

➤ Le coût global de l'opération est de 2 040 000 € dont 200 000 € de crédits non reconductibles.

> Le partage d'information entre les acteurs intervenant dans la santé et les usagers est un enjeu bien identifié dans le projet régional de santé. Pour faciliter cette mise en œuvre, des outils d'information partagés ont été portés au niveau régional, dans une perspective de mise à disposition pour l'ensemble du territoire. Ces outils ont tous pour exigence d'être interrogeables à distance.

Le Ror, répertoire opérationnel des ressources (www.ror-paca.fr) – facilite la transmission d'informations entre professionnels. Cet outil, dont le développement a été confié par l'ARS à l'Observatoire régional des urgences (Oru Paca), fournit une description détaillée et opérationnelle de l'offre de santé en région Paca pour améliorer l'orientation des patients. Aux données déjà accessibles sur la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les urgences et la permanence des soins à l'hôpital en termes de lits d'hospitalisation et d'accès aux plateaux techniques, seront prochainement intégrées celles relatives à l'offre médico-sociale, aux professionnels de santé de ville et aux professionnels du secteur social.

D'autres services de partage d'information (*messaging sécurisée, espaces collaboratifs...*) sont également accessibles via le Ror.

Le site internet Icars, pour rendre visible les actions de santé dans la région : Afin de répondre à ses missions d'animation des politiques régionales de santé et de renforcer leur lisibilité, l'ARS a souhaité mettre en place un site accessible à l'ensemble des acteurs de la région, centralisant et structurant, de façon territorialisée et transversale, les informations relatives aux politiques de santé mises en place en Paca par l'ARS et ses partenaires institutionnels (*services de l'Etat et collectivités territoriales*).

En 2012, le projet Icars a été conçu pour répondre progressivement à cet objectif. L'ARS a délégué la maîtrise d'ouvrage au Centre régional d'éducation pour la santé (Cres) Paca. Le PRS, les PTS mais aussi les programmes et actions des partenaires sont accessibles avec leurs indicateurs de suivi. Près de 15 000 visites ont été enregistrées en 2013 et 2014.

Proposer un portail commun aux informations des centres ressources (ORS, Oru, Cres) Le projet Esprits s'inscrit dans le cadre du soutien au développement régional d'outils d'information partagés et harmonisés, au service des professionnels et des usagers. Esprits est le portail qui dans un premier temps ouvrira sur les 3 sites : Icars, SIRSé-Paca¹³, et Ror (*pour sa partie ne nécessitant pas de login*). D'autres sites seront ensuite ajoutés : Paps, Carsat, Dros, etc.

Il disposera de fonctionnalités telles qu'un moteur de recherche multicritères permettant à l'utilisateur (*institutionnel, professionnels, usagers*) d'accéder à un ensemble d'informations ciblées selon ses besoins, problématiques.

Ainsi, ce portail préfigure le cadre du service public d'information en santé prévu par la loi de santé en garantissant à chacun une meilleure orientation dans le système de santé.

¹³ – SIRSéPACA a été conçu par l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2006. Il permet d'avoir accès à des informations sur l'état de santé de la population régionale à l'échelle de différentes zones géographiques et de réaliser des portraits de territoire.

3.2 FAVORISER L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR LES PERSONNES LES PLUS ÉLOIGNÉES

Cet objectif vise à favoriser l'accès à la prévention et à l'offre sanitaire et médico-sociale des populations éloignées géographiquement, des personnes en situation de pauvreté ou de précarité et des populations spécifiques (*personnes âgées, personnes handicapées, personnes confrontées à des difficultés spécifiques*).

> Afin de garantir l'accès à la santé dans les territoires isolés, le développement des structures d'exercice coordonné (*maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé et pôles de santé*) fait partie des engagements du Sros ambulatoire. Lancé en décembre 2012 par la Ministre de la santé, le pacte territoire santé a renforcé cette orientation pour lutter contre les déserts médicaux. Le pacte territoire santé poursuit en effet trois objectifs principaux : faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé et investir dans les territoires isolés.

Pour favoriser le partenariat entre les institutions et le développement des structures d'exercice coordonné, l'ARS a mis en place la commission de coordination de l'offre de proximité (Ccop). Cette dernière est co-pilotée par l'ARS, la préfecture de région et le Conseil régional et se réunit deux à trois fois par an.

Le comité de financeurs adossé à cette commission auditionne les porteurs de projet de structure d'exercice coordonné et priorise ceux susceptibles de bénéficier d'un accompagnement méthodologique et /ou d'une aide financière.

> En 2014, l'ARS a poursuivi l'accompagnement au montage de projets de structures d'exercice coordonné via le financement de deux centres ressources : l'Oru Paca – Observatoire régional des urgences – et Femas Paca – Fédération régionale maisons, pôles et centres de santé. 10 nouveaux projets (*MSP-pôles-centres de santé*) ont été présentés en 2015 au comité technique régional de la CCOP qui s'est réuni 2 fois.

A ce jour, 17 maisons de santé mono site et multi site sont ouvertes avec une labellisation du projet de santé par le directeur général de l'ARS Paca.

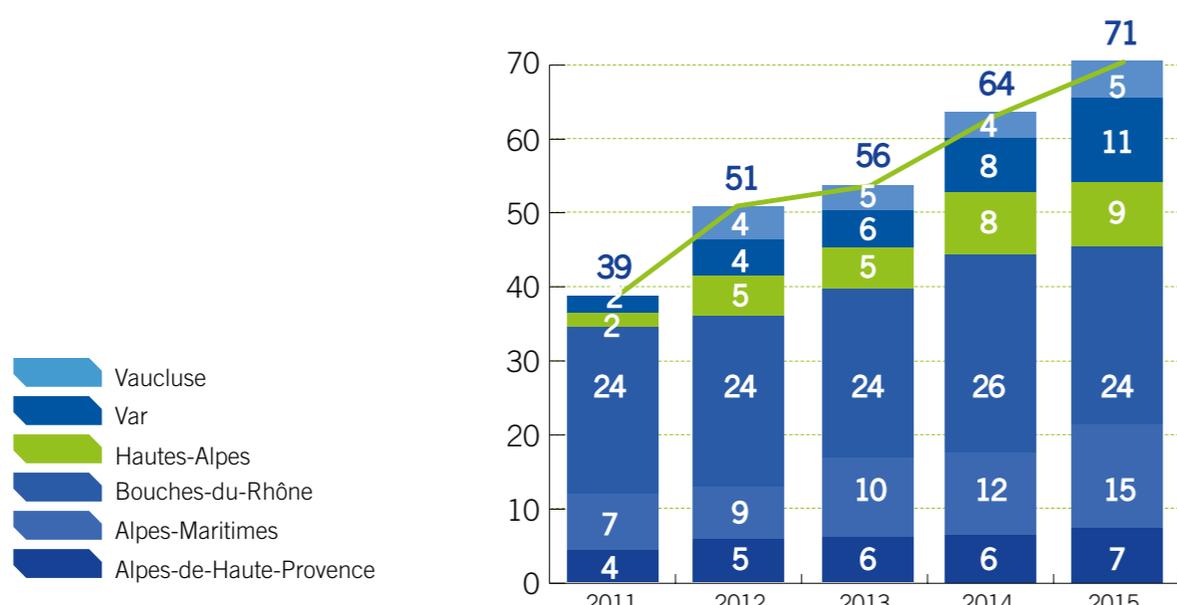
> L'ARS porte plusieurs initiatives destinées à professionnaliser les structures d'exercice coordonné : appel à projet pour promouvoir les actions de coordination pluri professionnelle (prioritairement pour les structures situées en zones sous denses ou dans les quartiers politique de la ville) ; réalisation d'un guide à destination des porteurs de projets ; lancement d'un appel à projet « formation à la coordination » ; développement des actions de prévention ; aide à l'informatisation...

> **Afin de lutter contre la désertification médicale**, le dispositif de praticien territorial de médecine générale (PTMG) a été déployé et, depuis le début de la mise en place du dispositif 19 contrats PTMG ont été signés en Paca.

Au total, 151 886 euros ont été versés aux PTMG en 2015.

> Enfin, l'ARS Paca a soutenu les projets de centres ou pôles de santé développés par des établissements de santé et en favorisant les interventions de praticiens hospitaliers dans des structures ambulatoires situées dans des territoires fragilisés. En 2015, le financement d'un rétinographe mobile à la Mutualité française 04/05 va permettre aux patients de ces deux territoires de bénéficier d'une démarche de dépistage en lien avec le centre de santé de Manosque.

Nombre de structures d'exercice coordonné en milieu ambulatoire (*maisons de santé, centres de santé polyvalents, pôles de santé*)



Pour faciliter l'installation des nouveaux professionnels de santé, l'ARS Paca a notamment élaboré un guide d'installation pour les médecins libéraux en Paca, en partenariat avec l'URPS médecins libéraux Paca, l'Ordre des médecins, l'assurance maladie (*Caisse primaire d'assurance maladie et Direction régionale du service médical*), représentant des internes. L'objectif est de faciliter les démarches d'installation des jeunes médecins dans les différentes étapes de leur parcours.

En complément de l'animation du site Portail d'accompagnement des professionnels de santé, une page Facebook a été créée en décembre pour informer les jeunes professionnels de santé sur leur parcours professionnel : de la formation jusqu'à l'installation.

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires étendue en 2015 à la mise en place de la permanence des soins dentaires.

Les orientations 2015 pour la permanence des soins ambulatoires :

- > conforter la régulation libérale dans les centres 15. Le tarif horaire des week-ends et fériés a été réévalué de 70 à 85 euros/heure ;
- > poursuivre l'incitation à l'ouverture de maisons médicales de garde adossées aux services d'urgences des établissements hospitaliers : une MMG a ouvert à Arles en janvier 2015 et un projet est en cours à Marseille centre (CHU Timone) ;
- > adapter le dispositif en fonction des difficultés qui se font jour dans les secteurs, en réunissant les médecins en lien avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins, en supprimant certaines plages ou encore en regroupant des secteurs. Il a été procédé à une mise à jour du cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire au premier avril 2015.

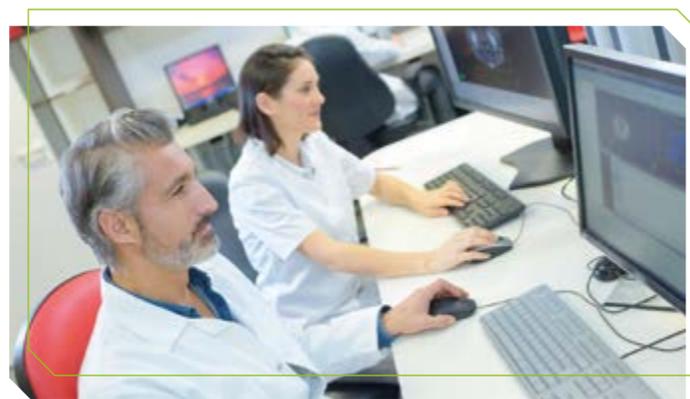
En parallèle, comme suite à la parution du décret du 27 janvier 2015 organisant la permanence des soins des chirurgiens dentistes, un cahier des charges régional a été élaboré, concerté avec le conseil régional et les conseils départementaux des chirurgiens dentistes ainsi que le Codamups de chaque département. Il a été publié en octobre 2015.

Le développement de la télémédecine

La loi HPST a reconnu la télémédecine comme une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication. La télémédecine, sans se substituer aux pratiques médicales actuelles, constitue une réponse aux défis auxquels est confrontée l'offre de soins aujourd'hui (*accès aux soins, démographie médicale, décloisonnement du système*).

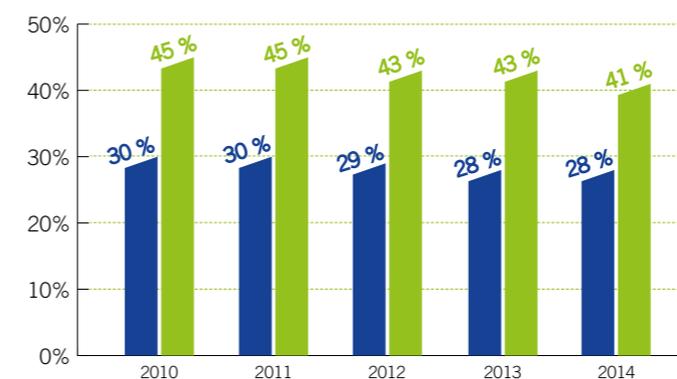
En Paca, les priorités nationales ont été intégrées dans le programme régional. Dans un premier temps, l'accent a été mis sur les projets suivants :

- > Le déploiement de la télésurveillance en unité de dialyse médicalisée en particulier pour couvrir les zones géographiques éloignées (*territoires de Digne, Brignoles et Miramas*) ;
- > La possibilité d'accéder à des avis spécialisés en neurochirurgie à partir des services d'urgence évitant les transferts inutiles ;
- > La mise en place de téléconsultations en milieu pénitentiaire (*Arlès et Grasse*) ;
- > Le développement de la télédermatologie en Ephpad pour permettre l'accès aux soins de spécialité aux résidents (*projet sur les agglomérations Marseillaise et Niçoise*) ;
- > L'extension de la téléradiologie pour permettre au médecin en contact direct avec le patient (*praticien de proximité*) de disposer de l'avis d'un médecin radiologue situé à distance du lieu de réalisation de l'examen radiologique (*téléradiologue*) dans les territoires buccorhodaniens de Port Saint Louis du Rhône, de Port de Bouc, de Berre et de Miramas.



La participation de la population aux dépistages organisés

La participation de la population aux dépistages organisés est un élément essentiel dans le parcours de santé. Il est l'élément déclencheur de prises en charge adaptées au besoin de la personne. Plusieurs programmes de dépistage sont soutenus dans le cadre du SRP et en particulier les programmes nationaux : dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal, déploiement des Trod (*tests rapides d'orientation diagnostique*) pour le VIH. L'accès au dépistage des populations les plus précaires est un des axes de travail. La région a également choisi de développer des pratiques de dépistage précoce, notamment pour les troubles autistiques dans les Alpes-Maritimes ou encore le dépistage des handicaps sur les nouveau-nés prématurés dans l'ouest de la région.



■ Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans

■ Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans

L'accès à la santé des personnes hébergées en établissement médico-social

L'accès à la santé des personnes hébergées en établissement médico-social, qu'elles soient âgées ou en situation de handicap, est une réelle difficulté. La médicalisation des Ephpad, notamment par la formation du personnel, est un des objectifs partagés et inscrit au Sroms. En 2015, cela s'est traduit par le renouvellement de 88 conventions tripartites pour un montant total de 9,3 millions d'euros (*depuis 2012, plus de 330 conventions tripartites ont ainsi été renouvelées*).

A titre d'illustration, dans les Hautes-Alpes, plusieurs actions ont été conduites pour répondre au vieillissement des personnes en situation de handicap et à l'évolution des pathologies. Deux foyers de vie ont fait l'objet d'une médicalisation qui aboutit de fait à la création de deux Fam (*foyer d'accueil médicalisé*) supplémentaires sur le territoire. De plus, un soutien à l'investissement a été apporté à la Mas d'Embrun qui a pu s'installer dans un nouveau bâtiment.

L'ARS Paca, signataire de la Charte Romain Jacob.

Le 19 février 2015, l'agence a signé la Charte Romain Jacob aux côtés de près de 50 acteurs de la santé (fédérations, établissements de santé, associations, conseils de l'ordre...).

Cette charte porte le nom du fils décédé de Pascal Jacob, président de l'association Handidactique et auteur du rapport « un droit citoyen pour la personne handicapée : un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement », remis à Marisol Touraine en juin 2013.

Par cet acte, les signataires s'engagent à favoriser l'accès aux soins des personnes handicapées tout au long de leur parcours de vie, notamment en respectant leurs besoins particuliers et en améliorant leur coordination et la complémentarité de leurs actions.

Accompagner les personnes en situation de précarité sociale

Le Praps (*programme régional d'accès à la prévention et aux soins*) et les Pass (*permanences d'accès aux soins de santé*) sont pour l'ARS les dispositifs majeurs favorisant l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies.

> **Le Praps** est le programme du schéma régional de prévention qui mobilise le plus de financements (*environ 3 M€ pour environ 140 actions*). Globalement, les objectifs et les territoires prioritaires sont correctement couverts, en particulier dans les grandes villes, dans lesquelles des porteurs de projet en nombre suffisant sont à même de développer les actions préconisées par le programme. C'est donc dans des territoires plus périphériques mais prioritaires que des efforts restent à faire. Parmi les objectifs du programme, les objectifs visant le développement de démarches communautaires sont à renforcer de même que l'objectif portant sur le développement des compétences psychosociales des publics concernés.

> Pour ce qui concerne **les Pass**, une enquête réalisée en 2013 auprès de l'ensemble des permanences de la région a permis de comparer leur activité avec les résultats d'une précédente étude, effectuée en 2008/2009.

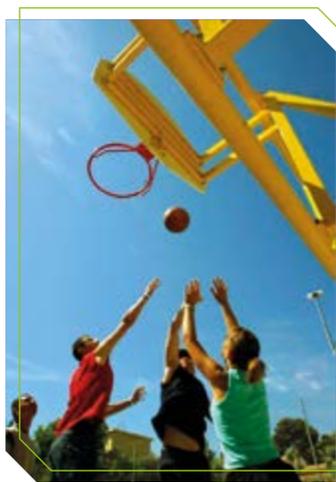
Entre ces deux périodes, l'activité des Pass a augmenté de façon très importante. Plusieurs des recommandations sur l'organisation des Pass ont été prises en compte : amélioration de la visibilité, meilleure information sur ce dispositif, meilleure formalisation des protocoles internes. La quasi-totalité des Pass fait état d'un partenariat avec des acteurs extérieurs à l'établissement. Par contre, le temps médical reste limité et la possibilité d'accéder aux soins dentaires insuffisante. L'harmonisation du recueil des données collectées par les Pass constitue une des priorités de travail pour la Pass de référence régionale, appuyée sur les deux pôles du CHU de Nice et à l'hôpital de la Conception à Marseille.



Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de santé.

L'ARS Paca prend en compte les orientations définies dans la stratégie nationale de santé à savoir prioriser la prévention et la promotion de la santé et agir sur les déterminants de santé.

L'action de l'ARS, en étroite coordination avec ses partenaires et en particulier dans le cadre des commissions de coordination des politiques publiques (*cf évoqué précédemment*), doit permettre de réaffirmer la priorité donnée à la prévention. La prévention doit s'inscrire dans une approche globale de la santé, avec des actions ciblées par populations (*jeunes, femmes, personnes âgées et handicapées, personnes en situation de pauvreté...*), milieux de vie (*travail, école, activités physiques...*). Une attention particulière est apportée à la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé ou a minima à leur non-aggravation.



4.1 LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

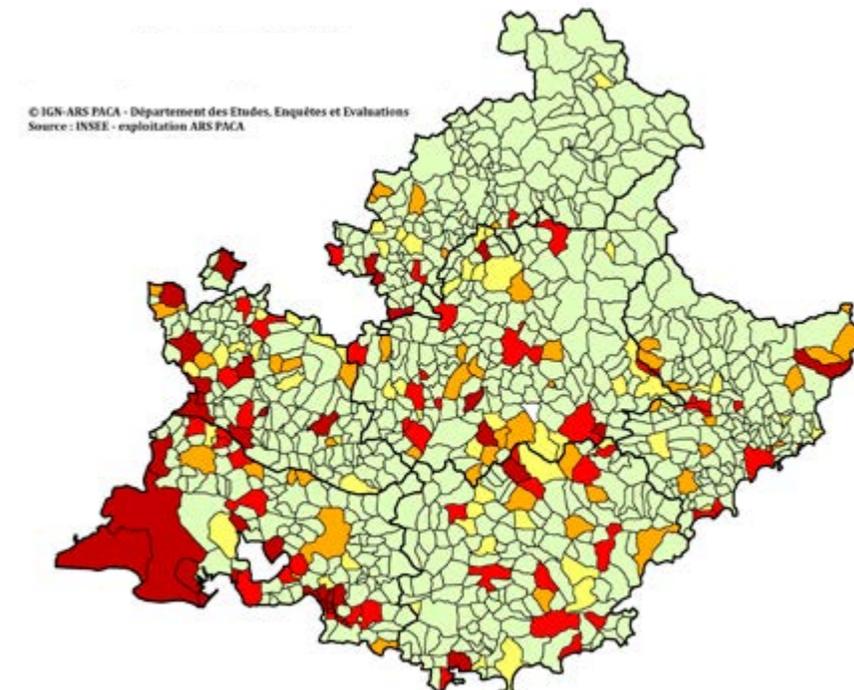
La région Paca est marquée par de forts contrastes, géographiques, démographiques et socio-économiques. La diversité des territoires fait apparaître de fortes inégalités de santé.

La réduction des inégalités de santé peut être appréhendée au travers de deux grands enjeux :

- > La mesure et la connaissance des inégalités de santé dans le région
- > L'action sur les déterminants de santé pour atténuer les effets de l'environnement et des modes de vie défavorables à la santé (*Alimentation, tabac, alcool, santé bucco-dentaire...*).



> Conformément aux orientations du plan stratégique régionale de santé, l'ARS a réalisé dès 2012 **un travail de caractérisation des territoires au travers d'un indice de désavantage social**. Cet indice, consolidé en 2015 à partir de données fournies par l'Insee pour la France métropolitaine, est utilisé pour prendre en compte les inégalités de santé dans tous les schémas et programmes avec une priorité pour les territoires les plus vulnérables. Par exemple, les appels à projets pour la mise en œuvre du Schéma régional de prévention ciblent spécifiquement les territoires à indice de désavantage social élevé. Les modalités de calcul¹⁴ de cet IDS ont été retenues par d'autres ARS.

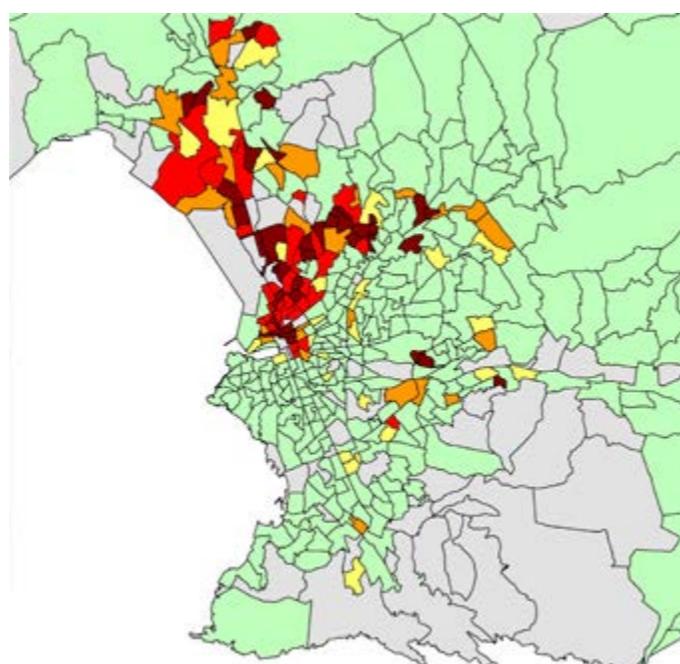
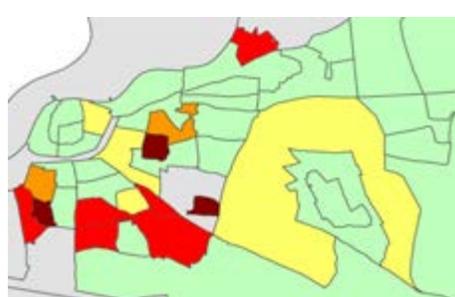


Valeur croissante de l'IDS (Désavantage social en rapport avec la santé croissant)

- Communes parmi les 5% les plus impactées
- Entre les 10% et 5% les plus impactées
- Entre les 15% et les 10% les plus impactées
- Entre les 20% et 15% les plus impactées
- Communes parmi les moins impactées
(4 premiers quintiles)

¹⁴ - Cet indice socio-économique est obtenu par agrégation de cinq variables liées à des déterminants connus de l'état de santé (niveau de revenu - revenu médian, situation face à l'emploi - taux de chômage, niveau d'éducation - part des non diplômés parmi les 15 ans et plus, situation face au logement - taux de logement en location, situation familiale - part des familles monoparentales) à partir des données de recensement ou les données fiscales en possession de l'INSEE.

L'exploitation de ces données permet en outre de cerner les disparités infra-communales, donc les quartiers les plus à même de faire l'objet d'un suivi ou d'une intervention (cf cartes ci-après ; Avignon centre à gauche et Marseille à droite).



Valeur croissante de l'IDS (Désavantage social en rapport avec la santé croissant)

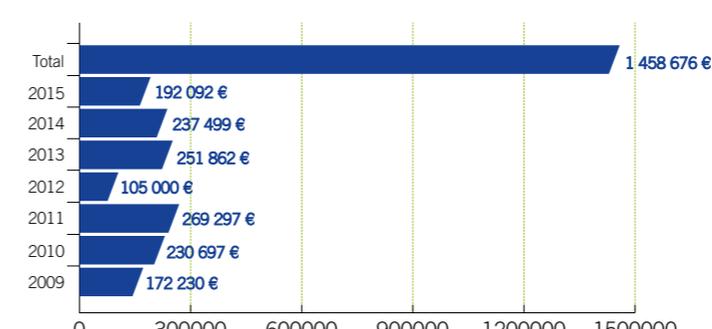
- Communes parmi les 5% les plus impactées
- Entre les 10% et 5% les plus impactées
- Entre les 15% et les 10% les plus impactées
- Entre les 20% et 15% les plus impactées
- Communes parmi les moins impactées (4 premiers quintiles)

> Dans le cadre du schéma régional de prévention, l'appel à projets « soutien aux actions innovantes et aux recherches-actions visant la réduction des inégalités de santé et l'adaptation du système de santé aux besoins des citoyens » porté par l'ARS Paca vise à identifier et à modéliser des pratiques innovantes dans le champ de la prévention/promotion de la santé ou de l'organisation du système de santé pour répondre plus efficacement aux besoins des populations, en particulier les plus vulnérables.

29 actions ont ainsi pu être financées avec des modalités très diverses :

actions sur des déterminants environnementaux, promotion de l'activité physique, accès aux soins pour des publics très démunis ou démarches méthodologiques. Huit de ces actions ont pu être transférées.

Appel à projets actions innovantes visant la réduction des inégalités de santé



Zoom sur le projet

« SANTÉ ! »

> alcool et réduction des risques : autres regards, nouvelles pratiques.

Ce projet réalisé en association avec Anthropos consultants a pour objet d'appréhender de nouvelles pratiques alcoolologiques : expérimenter la réduction des risques dans le cadre des usages d'alcool en situation d'exclusion sociale ; il concerne les usagers d'alcool en grande précarité et vise à proposer des parcours de soins aux personnes très démunies usagères d'alcool à partir d'une démarche de réduction des risques.

> En 2014, l'ARS Paca a alloué 50 000 euros pour cette action dans le cadre de son appel à projets actions innovantes.

La prévention en direction des jeunes : zoom sur la maison des adolescents (MDA) des Hautes-Alpes.

L'originalité du dispositif de la MDA des Hautes-Alpes repose sur le multi partenariat qui permet d'allier accessibilité, efficacité et équité dans un département où il n'est pas toujours aisé de se déplacer.

9 antennes MDA et 10 lieux d'accueil sont à ce jour répartis sur le territoire haut alpin, coordonnés par une cellule à Gap (MDA 05). Cette coordination a mis en place un dispositif d'animation qui a pour objectif de former les professionnels, d'échanger des informations, de nouer des contacts, d'élaborer des projets dans le but d'améliorer l'efficacité et la synergie des actions en direction des adolescents et des parents.

La MDA 05 s'est appuyée sur des structures déjà existantes pour organiser l'accueil des jeunes sur tout le département.

➤ Ces structures volontaires ont signé une charte qui permet à chaque jeune et/ou à sa famille de bénéficier du même type d'accueil et de prise en charge quelle que soit sa porte d'entrée.

La mission de la MDA est de réorienter le plus rapidement possible vers les structures de droit commun avec un accompagnement adéquat le temps nécessaire. Cet objectif a demandé une organisation partenariale très poussée et un suivi de la coordinatrice pour maintenir le dispositif efficient en permanence.

➤ A titre d'exemple, le délai d'attente pour accéder à une consultation de pédopsychiatrie est passé de trois semaines à quelques jours. Ceci est le résultat d'un travail de proximité avec ce service et l'acquisition d'une confiance mutuelle.

La MDA 05 mène également un travail de formation avec l'organisation d'une formation universitaire sur « les enjeux psychopathologiques de l'adolescence » à destination des professionnels et l'enseignement d'une professeure de pédopsychiatrie. Cette dernière anime en outre une commission des situations complexes.

La MDA joue aussi un rôle important dans le domaine de la prévention. Depuis 3 ans, elle organise des rencontres sur le principe de la co-formation en s'appuyant sur les compétences locales. Elle est sollicitée comme « tête de pont » sur les publics « enfants ado jeunes » pour mettre en place une nouvelle organisation de la prévention. Celle-ci a pour objectif la mise en place d'un continuum d'actions sur tous les niveaux de prévention en mobilisant et en coordonnant les actions des différents partenaires et en veillant à une égale répartition territoriale.



4.2 AGIR SUR LES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

La reconnaissance en France du **rôle de l'environnement comme déterminant de la santé** a conduit à la mise en œuvre d'une politique spécifique à ce champ via un plan national santé environnement (PNSE) et sa déclinaison régionale, le plan régional de santé environnement (PRSE).

Fruit d'un travail participatif ayant réuni plus de 600 acteurs locaux de la santé environnementale, le PRSE 2009-2013 a mis l'accent sur 3 enjeux prioritaires :

- **l'eau** > garantir l'accès de tous à une ressource de qualité ;
- **l'air** > réduire la pollution atmosphérique ;
- **la connaissance** > favoriser l'éducation et l'information.

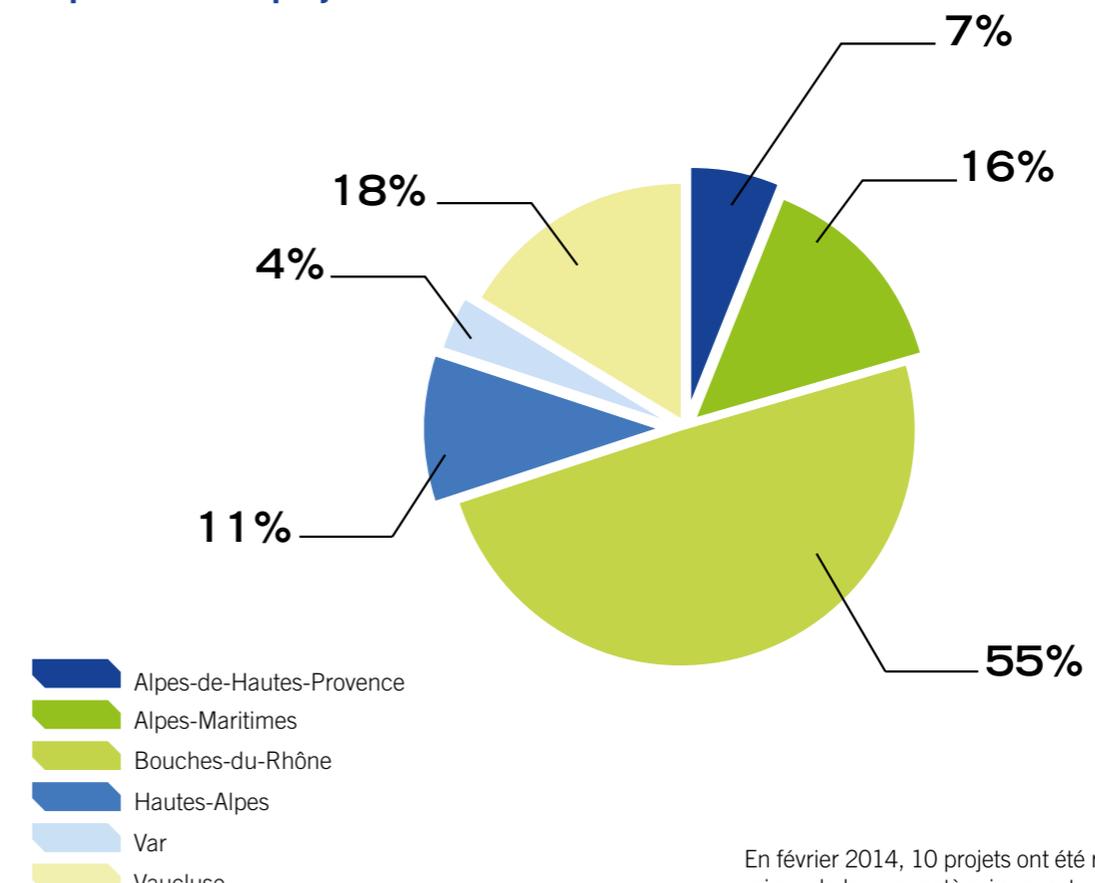
A travers son pilotage partagé entre l'Agence régionale de santé et la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal) Paca, et sa gouvernance en 6 collèges, le PRSE constitue un outil de mobilisation pour tous ceux qui œuvrent pour améliorer la qualité de l'environnement et préserver la santé de chacun.

Au terme de sa mise en œuvre, le PRSE II compte 222 projets, 111 à vocation régionale et 111 à vocation départementale¹⁵.

Appel à projets santé environnement 2010 - 2014	2010	2011		2012	2013	2014
Financiers	ARS	ARS	DREAL	ARS - DREAL	ARS - DREAL	ARS - DREAL - RÉGION
Enveloppe	600 000€	340 000€	212 000€	435 000€	496 000€	774 121€
Nombre de projets financés	38	20	16	27	29	39

¹⁵ - Le bilan du PRSE 2010-2014 est consultable en ligne : <http://www.prse-paca.fr/>

Répartition des projets du PRSE II



En février 2014, 10 projets ont été retenus en raison de leur caractère innovant ou probant. Ces actions pourront ainsi être expérimentées sur un territoire plus large et/ou transposées à des zones soumises aux mêmes types de pressions environnementales.

Zoom sur 2 projets retenus au titre des actions probantes du PRSE II

Projet 1 : réduire l'impact des biocides désinfectants et détergents - désinfectants issus des établissements de santé du GIP Comet sur le réseau public d'assainissement

Ce projet avait pour objectif de réduire la consommation de désinfectants et détergents/désinfectants sur 11 établissements du groupement d'intérêt public (GIP) communauté d'établissements (Comet) du bassin hyérois. Depuis 2010, les équipes du projet ont mis en place des sessions de formation à destination des agents d'entretien de ces établissements de santé pour combattre les idées reçues sur les bactéries et sur la propreté, et les sensibiliser aux méthodes de nettoyage alternatives ou de substitution comme la vapeur d'eau ou les microfibrés.

Grâce à ces mesures et à la prise de conscience générale du milieu hospitalier, la consommation des désinfectants et détergents-désinfectants dans les établissements de santé du GIP Comet a baissé de 30 % en 2013.

Projet 2 : Déployer le module santé environnement pour la formation des professionnels de santé publique et pour les médecins libéraux

À la demande de l'ARS, l'association Médecine & Innovation met en place un module intitulé initiatives médicales en santé et environnement (IMSE) sur le thème « cancers et environnement » pour contribuer à la diffusion d'une culture en santé et environnement chez les médecins praticiens par l'organisation de réunions thématiques de formation médicale continue.

Le module IMSE s'attache à donner des clés de compréhension sur les liens entre cancers et environnement et à construire des éléments de réponse aux interrogations des patients. L'approche pédagogique innovante fait une large place aux interventions enregistrées d'experts, à l'interaction et l'échange entre les participants et la co-construction de connaissances et de réflexions lors de séquences de travail en binômes et sous-groupes. Depuis 2011, plus de 100 médecins ont pu bénéficier de cette formation.

Le PRSE III 2015-2019



Lors de la 3^e édition du forum régional santé environnement qui s'est déroulée le 30 janvier 2015, l'ARS Paca, la Dreal et le Conseil régional Paca ont lancé le 3^e PRSE.

Cet évènement a réuni plus de 250 participants parmi lesquels de nombreuses collectivités territoriales, associations et professionnels de santé.

Ce forum a permis de poursuivre la mobilisation des collectivités territoriales sur le champ de la santé environnementale, de définir des pistes pour la méthodologie d'élaboration du PRSE 3, et de présenter des outils pédagogiques en santé environnement. En outre, les 10 acteurs des actions probantes du PRSE 2 se sont vus récompensés pour leurs innovations.

L'amélioration de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine est un des objectifs prioritaires du plan régional santé environnement. Le code de la santé publique prévoit aussi que « toute personne qui offre au public de l'eau en vue de l'alimentation humaine à titre onéreux ou gratuit et sous quelque forme que ce soit, y compris la glace alimentaire, est tenue de s'assurer que cette eau est propre à la consommation ».

> Dans le cadre des actions du plan régional santé environnement 2, l'ARS a réalisé un bilan régional sur la qualité des eaux destinées à la consommation humaine en Paca pour la période 2012-2014.

Ce document valorise les données du contrôle sanitaire mis en œuvre par les services santé-environnement des délégations territoriales de l'Agence régionale de santé Paca.

Il présente, sous forme de fiches de synthèse enrichies de cartographies départementales, le cadre réglementaire du contrôle sanitaire, l'organisation de la distribution de l'eau, une synthèse de la qualité de l'eau pour 3 paramètres : bactériologie, nitrates et pesticides, ainsi qu'une synthèse sur la protection des ressources en eau.

Si ces résultats sont très encourageants, les efforts engagés pour la mise en œuvre de traitements, la protection des ressources, et la prévention des contaminations (*d'origine bactériologique notamment*), nécessitent d'être poursuivis dans les secteurs sensibles du département des Alpes-Maritimes, des Hautes-Alpes et des Alpes-de-Haute-Provence.

L'engagement dans les Bouches-du-Rhône pour lutter contre l'habitat insalubre.

L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, sociaux, environnementaux et économiques. Le logement fait partie des déterminants de santé reconnus et étudiés.

En conséquence, agir sur la qualité du logement concourt à améliorer l'état de santé général d'une population. C'est dans ce contexte, avec une part notable d'habitat dégradé à Marseille, que la Délégation départementale des Bouches-du-Rhône a consacré un axe stratégique de son programme territorial visant à agir au niveau local contre l'habitat indigne et mal adapté et ses conséquences sur la santé. Une attention particulière est également portée sur la petite enfance, enjeu fort pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

- Une consultation hospitalière pédiatrique a été mise en place fin 2011 au sein du CHU Nord. Elle fonctionne en lien avec la permanence d'accès aux soins de santé (Pass). Son activité permet notamment d'identifier les liens existants entre les facteurs d'exposition environnementaux et l'état de santé des jeunes enfants.
- Saturnisme et problèmes respiratoires constituent l'essentiel des pathologies identifiées ; chaque année, plusieurs dizaines de cas qui sont pris en compte.
- Les conseillères en environnement intérieur et les infirmières qui se rendent chez les malades sont formées à l'évaluation des critères d'insalubrité ; le cas échéant, elles sont en capacité d'alerter l'ARS et les services communaux d'hygiène et de santé.

- Les effectifs de cette équipe ont été renforcés en 2015 et en raison des résultats satisfaisants obtenus, une consultation de même nature a été mise en place à l'hôpital de la Timone.

Ainsi, la prise en charge médicale des enfants est concomitante avec l'engagement de procédures administratives visant à rétablir la salubrité des lieux.

Les actions sont coordonnées par un comité départemental de pilotage des actions de prévention et de dépistage du saturnisme infantile (Codesat) qui se réunit régulièrement, à l'initiative de l'ARS.

Cette démarche croisée santé/logement s'appuie en outre sur les exécutifs locaux, acteurs essentiels d'une approche par territoire, pour mettre en œuvre des actions coordonnées à travers par exemple des programmes de réhabilitation de logements.

L'agence s'associe à la direction des territoires et de la mer, s'appuie sur l'agence technique départementale (ATD) et l'agence départementale d'information sur le logement (Adil) pour organiser des journées de rencontre avec les maires et former les responsables de services aux procédures à mettre en œuvre.

Des conventions territoriales de lutte contre l'habitat indigne peuvent ensuite être signées (six depuis l'engagement de cette démarche) afin d'optimiser les moyens existants, tant dans les mairies qu'au sein des services de l'Etat ou de l'ARS.

4.3 LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTERSECTORIALITÉ

La santé doit être appréhendée à travers toutes ses composantes : sanitaire, médico-social, prévention et c'est ce caractère pluridisciplinaire qui favorise les possibilités de partenariats avec des collectivités et d'autres administrations de l'Etat.

Ainsi, développer des actions sur les déterminants de santé nécessite des actions conjointes qui agiront tant sur la qualité de vie des citoyens que sur l'attractivité des territoires ; les collectivités disposant à cet effet de différents leviers, politique, économique, logistique voire foncier pour agir.

Les différentes conventions et accords avec les institutions partenaires facilitent les échanges et permettent d'être plus réactif : exemple avec la PJJ pour intervenir au plus près des jeunes ou avec la DREAL pour appréhender la dimension santé dans tous les domaines tels que le logement, les aménagements ou encore l'environnement.

> **Partenariat avec l'Education nationale** : une convention cadre a été signée avec l'académie d'Aix Marseille (AMU) pour engager des perspectives de travail avec l'Education nationale sur les questions d'insertion et de scolarisation.

> **La signature de contrats locaux de santé** : le contrat local de santé (CLS) vise à définir les axes stratégiques et les programmes d'action communs entre les villes et l'Etat en matière de politique locale de santé. Il peut constituer le volet santé de la politique de la ville.

Il permet de prendre en compte les particularités de chaque territoire tels que les emplois saisonniers et le territoire transfrontalier à Briançon, l'accès aux soins de premier recours à Apt, la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique à Grasse et à la Seyne, les inégalités sociales et territoriales de santé à Marseille, les pathologies liées au travail et à la qualité de l'air dans la Communauté d'agglomération du Pays martégal ou encore l'amélioration de la santé par le logement à Toulon.



Depuis le début du PRS, l'ARS a signé 7 contrats locaux de santé :

- CLS 1 de Marseille, signé en 2010, suivi d'un CLS 2 en 2015,
- CLS avec la Communauté d'agglomération du Pays martégal (2013),
- CLS de la Seyne/mer (2013),
- protocole d'accord en vue de la signature d'un CLS avec la ville de Grasse (2014),
- CLS Briançon (2014),
- protocole d'accord en vue de la signature d'un CLS à Apt (2014),
- CLS de Toulon (2015)

> **La signature de contrats de ville**, dans le cadre de la réforme de la politique de la ville : en Paca ce sont 30 contrats de villes qui ont été signés en 2015 par les préfetures et les collectivités concernées. La quasi-totalité de ces contrats intersectoriels visant à améliorer la situation dans les quartiers prioritaires de la politique de ville ont été signés par le directeur général de l'ARS et comportent pour la plupart un volet spécifique relatif à la santé. Leur mise en œuvre est prévue en 2016 pour une durée de 6 ans.

20

15

Conception & réalisation SRG|studio graphique - CPCAM 13 - juin 2016