

Etat des lieux de l'offre de santé en région PACA

**Document préparatoire à l'élaboration
du projet régional de santé**

Novembre 2010

Sommaire

Etat des lieux de l'offre de santé en région PACA	1
1 Préambule	4
2 L'offre de santé publique et environnementale	4
2.1 La sante environnementale.....	4
2.1.1 Définition	4
2.1.2 Organisation régionale	5
2.1.2.1 Le champ couvert par l'ARS.....	5
2.1.2.2 Les actions réalisées	5
2.1.2.3 Les acteurs mobilisés.....	5
2.1.2.4 Les plans régionaux santé environnement (PRSE).....	6
2.2 La sécurité sanitaire, veille et gestion des crises	7
2.2.1 Définition	7
2.2.2 Organisation régionale	8
2.2.2.1 L'observation	8
2.2.2.2 Les signaux d'alerte :	8
2.2.2.3 Le système d'alerte :	10
2.2.2.4 La préparation et la gestion	10
2.2.2.5 Lutte contre la propagation internationale des maladies.	11
2.3 La prévention et l'éducation thérapeutique	11
2.3.1 Prévention	11
2.3.2 Les dépistages organisés	13
2.3.2.1 Dépistage du cancer du sein	13
2.3.2.2 Dépistage du cancer colorectal	13
2.3.2.3 Autres dépistages proposés :	14
2.4 Education thérapeutique du patient.....	15
3 L'offre de soins ambulatoire	18
3.1 Les médecins généralistes, infirmiers, chirurgiens dentistes, masseurs-kinés.....	18
3.2 Les médecins spécialistes libéraux :	19
3.3 La permanence des soins (PDS) ambulatoire.....	20
3.4 Les réseaux de santé	21
4. L'offre de soins hospitalière	24
4.1. Une offre du secteur privé relativement plus présente.....	27
4.2. Une offre hospitalière relativement plus importante qu'en Métropole	27
4.3. Une offre inégalement répartie	28
4.4. Des flux conséquents entre territoires	28
4.5. Des évolutions significatives en cinq ans	29
5. Handicaps et vieillissement	31
5.1. Les établissements et services prenant en charge des jeunes handicapés	31
5.2. Les services à domicile prenant en charge des personnes âgées ou handicapées.....	32
5.3. Les structures d'insertion professionnelle	33
5.4. L'hébergement des adultes handicapés	34
5.5. L'hébergement des personnes âgées.....	35
5.6. Les établissements et services prenant en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.....	36

6. Regards transversaux	38
6.1. La prise en charge des cancers.....	38
6.2. Périnatalité et petite enfance	40
6.2.1. La périnatalité.....	40
6.2.1.1. Etablissements d’obstétrique et de néonatalogie de la région PACA	40
6.2.1.2. Les plans de périnatalité	43
6.2.2. La petite enfance.....	45
6.2.2.1. Les pédiatres	45
6.2.2.2. La PMI a pour rôle d’organiser :.....	46
6.2.2.3. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves,	46
6.2.2.4. Les CAMSP	46
6.2.2.5. L’offre sanitaire pédiatrique.....	46
6.3. L’offre en santé mentale	47
6.3.1. Les caractéristiques de l’offre en santé mentale :.....	47
6.3.2. Des problématiques identiques à celles retrouvées au plan national :..	47
6.4. L’addictologie	48
Annexe.....	52
Objectifs quantifiés d’offre de soins	52

1 Préambule

La politique de santé publique a pour objet de protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population en s'attachant à corriger les inégalités. Elle est mise en œuvre à divers niveaux qui interfèrent entre eux.

Le présent document est un document de travail. Il contribue à l'élaboration du projet régional de santé et complète le diagnostic régional initié par l'analyse de l'état de santé réalisée par l'observatoire régional de santé.

En aucun cas, il ne saurait être considéré comme une présentation exhaustive de l'offre de santé régionale. En revanche, il a vocation à rassembler les faits saillants de notre région qui, lus dans la perspective de l'état de santé des habitants de la région permettront de dégager des priorités régionales qui seront arrêtées dans le plan stratégique régional de santé.

L'observation de l'offre de santé régionale se décline selon trois axes qui préfigurent la rédaction des trois schémas sectoriels qui composeront le projet régional de santé :

- l'offre en santé publique et environnementale : veille et sécurité sanitaire, prévention, éducation thérapeutique ;
- l'offre de soins ambulatoire et en établissements sanitaires ;
- l'offre médico-sociale dans ses trois dimensions classiques : personnes âgées, personnes handicapées et personnes en difficultés spécifiques.

2 L'offre de santé publique et environnementale

L'offre en santé publique et environnementale ne peut être présentée de manière strictement quantitative. Aussi, nous exposerons dans cette première partie les définitions et modalités d'organisation régionale ainsi que les principales actions mises en œuvre.

2.1 La sante environnementale

2.1.1 Définition

Selon l'OMS, la santé environnementale englobe :

« ...les différents aspects de la santé humaine incluant la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement »

Le concept de santé environnementale concerne également « la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ».

Une approche de l'état de santé en santé environnementale regroupe ainsi :

- les atteintes sanitaires dues à des facteurs environnementaux (cancers, asthme, légionelloses...) ;
- l'état des indicateurs reflétant la sécurité sanitaire des milieux (eau, air, habitat, sols, alimentation) ;
- les atteintes à la qualité de vie (nuisances, perception des risques environnementaux).

2.1.2 Organisation régionale

2.1.2.1 Le champ couvert par l'ARS

L'ARS couvre des domaines variés, souvent très proches des préoccupations du public : contrôle sanitaire des eaux de boisson et de loisirs (baignades, piscines), lutte contre l'habitat insalubre, lutte contre les nuisances dont le bruit, qualité de l'air, lutte contre les vecteurs de maladies transmissibles, impact sanitaire des activités industrielles et agricoles, impact des rayonnements dont téléphonie mobile, radioprotection, gestion des déchets d'activités de soins....

2.1.2.2 Les actions réalisées

- de prévention des risques sanitaires liés à l'environnement et de promotion de la santé environnementale,
- de sécurisation sanitaire de l'environnement,
- de veille sanitaire des risques liés à l'environnement,
- de l'expertise et de l'évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement,
- de l'inspection et du contrôle,
- des consultations spécialisées sur les risques sanitaires liés à l'environnement : saturnisme infantile, conseillers en habitat santé, consultations médicales sur les pathologies environnementales...

2.1.2.3 Les acteurs mobilisés

Les effectifs de l'ARS consacrés à la santé environnementale représentent une centaine d'agents, principalement affectés dans les délégations territoriales, avec une « tête de pont » au siège essentiellement composée de cadres supérieurs, ingénieurs du génie sanitaire, localisée au sein du département « santé-environnement » de la direction de la santé publique et environnementale.

L'ARS a aussi la charge d'animer le réseau des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) qui exercent, au nom de l'Etat, une partie des missions de santé environnementale sur leurs territoires et dont les effectifs affectés à cette tâche représentent plus de 160 personnes.

Les services santé environnement gèrent plusieurs systèmes d'information. Ils bénéficient en outre du Réseau d'Échange en Santé Environnement (RESE), base de données réglementaire et informative qu'ils contribuent à alimenter notamment à partir des travaux de synthèse et des expériences menés en région.

Sur plusieurs missions, une continuité existe entre le travail d'ingénierie et l'intervention médicale, par exemple en matière de lutte contre le risque « légionelles » ou bien de lutte contre le saturnisme. Le travail en santé environnement est alors complémentaire de celui des médecins qui ont le plus souvent à prendre le relais lors de la prise en charge médicale. Inversement le diagnostic médical peut enclencher une enquête environnementale.

Sur certains points d'expertise spécifique, les services santé environnement peuvent faire appel en tant que de besoin à la cellule inter régionale d'épidémiologie (CIRE) afin de compléter leur évaluation des risques pour prendre les mesures de gestion adaptées. C'est le cas en particulier dans le cadre des demandes d'autorisations d'implantations d'activités industrielles. D'autres agences sanitaires nationales, telle que l'AFSSA pour les aspects liés à l'eau, peuvent également être sollicitées.

De multiples partenaires coopèrent à la mise en œuvre d'actions correctives environnementales : collectivités territoriales, services de l'Etat (DDPP, DDCS, DDT, DREAL), services communaux d'hygiène et de santé, établissements publics (Agence de l'eau notamment), laboratoires d'analyse de l'environnement, professionnels du secteur industriel et commercial, gestionnaires et exploitants des réseaux d'eau, associations de protection de l'environnement, de consommateurs, associations notamment du secteur social intervenant dans le domaine de l'habitat ...

2.1.2.4 Les plans régionaux santé environnement (PRSE)

Il s'agit de la déclinaison régionale des plans nationaux santé environnement. Le deuxième plan national a été présenté en conseil des ministres le 24 juin 2009.

Le PRSE 1 :

Mis en œuvre sur la période 2006-2008, il a poursuivi 4 objectifs prioritaires qui ont fait l'objet d'un bilan :

- réduire l'incidence de la légionellose ;
- réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielles ;
- améliorer la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine ;
- réduire les expositions professionnelles aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR).

Le PRSE 2 :

Le plan régional santé environnement 2009-2013 a arrêté par le préfet de région le 16 juillet 2010. Trois enjeux ont été retenus pour la région :

- l'accès de tous à une ressource en eau de qualité ;
- la réduction et le contrôle des expositions à la pollution atmosphérique ;
- la connaissance, la recherche, l'information et l'éducation sur les risques sanitaires.

L'Etat, les agences et les établissements publics, les collectivités territoriales, les associations, les salariés, les employeurs et le monde économique, et les personnes qualifiées ont contribué à l'élaboration de ce plan au sein du Groupe Régional Santé Environnement (GRSE) et en assureront le suivi.

Sa mise en œuvre, outre les actions propres des administrations et collectivités territoriales, repose sur des porteurs de projets qui pourront bénéficier de subventions publiques. Après une consultation publique sur les actions et projets à mettre en œuvre, le plan a été adopté le 29.06.2010. A ce jour, le plan d'actions se décline en 129 projets concrets, dotés pour chacun d'entre eux d'un porteur de projet identifié, de partenaires associés et d'indicateurs de suivi.

2.2 La sécurité sanitaire, veille et gestion des crises

2.2.1 Définition

On entend par veille et sécurité sanitaire l'ensemble des activités suivantes :

- la collecte et l'analyse en continu de signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique, dans une perspective d'anticipation, d'alerte, et d'action précoce. Ces signaux peuvent être issus :
 - de systèmes de surveillance épidémiologique ou environnementaux ;
 - d'évènements signalés par toute organisation sociale (association...) ou administrative, voire par des particuliers. Ces signaux sont alors captés et filtrés par un dispositif adapté.
- des actions sanitaires de prévention (maladies infectieuses, mesures environnementales, médicaments ...) en population générale ou en collectivité,
- des mesures curatives visant à la protection des populations contre les risques liés aux milieux ou modes de vie (salubrité des milieux de vie, alimentation en eau destinée à la consommation humaine ...),
- l'élaboration et le suivi du PRAGUS (programme régional d'alerte et de gestion des urgences sanitaires) et l'animation d'une politique sur les vigilances (dont les investigations et le suivi des infections nosocomiales avec le C-Clin sud-est),
- la préparation : la mise en place et le suivi d'une documentation, l'élaboration de fiches de protocoles et leur actualisation, les volets sanitaires des plans d'urgence (plan blanc élargi ...),
- l'information régulière sur la situation sanitaire et les données épidémiologiques (dont le suivi des bulletins de décès) à destination notamment des préfets et des différents partenaires.

La zone de défense et de sécurité est un échelon de coordination de la planification et de la gestion de crise. Les ARS sièges de la préfecture de zone de défense et de sécurité ont un rôle de coordination dans ce domaine vis-à-vis des autres agences.

En zone Sud, l'ARS PACA coordonne ainsi l'action des ARS Languedoc-Roussillon et Corse dans les domaines suivants :

- la préservation de la continuité de l'action de l'Etat au sein de la zone, pour ce qui concerne le champ sanitaire ;
- la mise en œuvre de la politique de défense et de sécurité nationale et de ses objectifs annuels par l'ensemble des acteurs de santé concernés ;
- la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte du directeur général de l'ARS de la zone et du préfet de zone, en coordination avec les ARS de la zone, sur les évènements sanitaires de portée zonale ou nationale ou internationale présentant un risque pour la santé publique ou susceptibles de présenter un trouble grave à l'ordre public ;
- la transposition de la planification gouvernementale de sécurité nationale en matière sanitaire ;
- la coordination des exercices à caractère sanitaire en vue de tester les capacités de gestion opérationnelle et d'appui face à une crise sanitaire ;
- la mise en œuvre de la réglementation relative à la protection du secret de la défense nationale ;

- la mise en œuvre de la réglementation relative à la protection du patrimoine scientifique et technique
- la mise en œuvre de la réglementation sur la sécurité des activités d'importance vitale (SAIV), et en particulier la participation aux travaux de la commission zonale de défense et de sécurité (CZDS) ;
- la mise en œuvre des dispositifs de sécurité des systèmes d'information en lien avec le Fonctionnaire de sécurité des systèmes d'information ministériel (FSSI) et le service zonal des systèmes d'information et de communication ;
- la mise en œuvre des procédures d'inventaire, de suivi et de contrôle des moyens sanitaires dédiés, installés par le niveau national sur la zone de défense ;
- la mise en œuvre de la politique de formation des professionnels de santé dans le domaine de la défense et de sécurité nationale, de la gestion de crises et des risques NRBC -E. (menace nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosive (NRBCE)

Un protocole entre le préfet de zone de défense et de sécurité et le directeur général de l'ARS définit les modalités de travail et l'appui de l'ARS tant pour la planification que pour la gestion de crise. Le directeur général de l'ARS est ainsi le conseiller sanitaire du préfet de zone de défense et de sécurité ; il s'appuie pour cela sur un conseiller de défense et de sécurité et un conseiller sanitaire.

2.2.2 Organisation régionale

2.2.2.1 L'observation

L'alerte sanitaire peut émaner de deux types de sources :

- La surveillance des « indicateurs » : Il peut s'agir d'indicateurs sanitaires collectés en routine et reflétant l'état de santé d'un individu ou d'une population comme les capacités en lits disponibles des établissements de santé (ES), ou celles provenant du dispositif « Sursaud » (surveillance sanitaires des urgences et des décès), les chiffres d'infections nosocomiales, etc....ou une exposition environnementale à un agent dangereux : maladie appartenant à une liste de déclaration obligatoire, franchissement d'un seuil d'incidence ou concentration d'un polluant dans un milieu... ;
- la surveillance des « événements » : Il peut aussi s'agir d'un événement de toute nature dont l'origine peut être associée à une menace pour la santé publique : présentation clinique anormale d'un patient admis dans un hôpital, plainte de riverain d'un site pollué, excès de pathologies suspecté dans une collectivité ou entrefilet dans un journal local....

2.2.2.2 Les signaux d'alerte :

On distingue plusieurs types de signaux d'alerte, concernant :

- les risques naturels, environnementaux et technologiques :
 - l'eau (consommation et loisirs) ;
 - la pollution de l'air (70% des établissements SEVESO II de la région dans la zone de l'étang de Berre), les rejets industriels, les sites et sols pollués ;

- les allergies liées aux pollens
- l'habitat : habitats insalubres mais aussi exposition au radon ;
- les événements naturels : inondations, mouvement de terrain, feux de forêts, avalanches, séisme ;
- les maladies transmissibles :
 - les MDO (sida, tuberculose, légionellose, toxi-infections alimentaires (TIAC), rougeole, hépatites A) ;
 - les maladies d'importation (palu, grippe H1N1, chikungunya) ;
 - les zoonoses (virus west nile, fièvre Q etc..) ;
- les signaux liés aux activités de soins :
 - activité des urgences ;
 - infections nosocomiales ;
 - iatrogénie médicamenteuse.

Réseaux de surveillance

Réseaux de surveillance de la grippe

Certains systèmes de surveillance nationaux, gérés au niveau national peuvent jouer un rôle d'alerte. Il s'agit essentiellement des Groupes régionaux d'observation de la grippe (Grog) et du réseau Sentinelle de l'Inserm. Les données générées par ces systèmes sont accessibles soit en ligne (Sentiweb) soit sous forme d'un bulletin hebdomadaire (Grog).

Centres nationaux de référence

Les Centres nationaux de référence (CNR) surveillent l'évolution des caractéristiques de certains micro-organismes ; dans le cadre de cette surveillance, ils peuvent mettre en évidence des caractéristiques particulières dans certains départements ou régions, jouant un véritable rôle d'alerte (ex : CNR listeria). Ces informations sont transmises à l'InVS qui les transmet aux Ddass et éventuellement aux Cire concernées pour intervention et investigation.

Surveillance des intoxications au monoxyde de carbone

Le système de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone est coordonné au niveau départemental par le Service Santé Environnement (SSE) de chaque Délégation départementale. Ce système s'appuie sur un réseau de déclarants urgentistes (services d'accueil des urgences, services mobiles d'urgence et de réanimation, pompiers, GDF, centre anti-poison...). L'objectif du système est la prévention des récurrences par une intervention rapide de techniciens sanitaires sur les lieux d'intoxication afin d'en déterminer l'origine et de faire des recommandations de prévention.

En 2005, le dispositif a été élargi à l'ensemble des départements de la région. Le nouveau dispositif a élargi le signalement aux intoxications survenues en milieu professionnel ainsi qu'à celles liées à un incendie ou à un suicide. Le système de surveillance, coordonné par la cellule régionale Santé-Environnement est désormais pérenne. La Cire a participé à sa mise en place et est chargée, avec le centre anti-poison, de réaliser le bilan épidémiologique annuel.

2.2.2.3 Le système d'alerte :

L'enregistrement d'un signal nécessite qu'il soit qualifié, son potentiel de dangerosité apprécié et, au besoin, que des investigations complémentaires soient menées sur la possibilité d'induire une crise sanitaire, avant de déclencher une alerte.

L'alerte est déclenchée par le directeur général de l'ARS auprès du préfet de département après la vérification et analyse par ses services des événements, des indicateurs sanitaires, des signaux environnementaux et des données d'autres origines (données Météo, statistiques de décès, indicateurs de pollution, etc....) collectés en routine.

Dans le cadre de l'alerte et de la gestion de crises sanitaires, le directeur général de l'ARS garantit une organisation permanente, qui permet au préfet de département de disposer à sa demande, des compétences de l'ARS.

Ce lien avec les préfets de département est garanti par :

- la signature de protocoles, effectifs dans tous les départements ;
- Le partage de systèmes d'information sécurisés et coordonnés entre les deux autorités ;
- la mise en œuvre d'actions communes d'exercices, de formations et de sensibilisation à la gestion du risque ;
- la réalisation exhaustive des plans de gestion des crises, pour leur versant d'impact sanitaire.

2.2.2.4 La préparation et la gestion

La veille et sécurité sanitaires comportent une dimension importante de préparation en amont des étapes d'alerte et de gestion.

La gestion d'une situation ou d'un événement à conséquence sanitaire pour la population fait référence à trois types de situations qui, même si elles peuvent différer dans leur importance, ne peuvent être séparées et constituent un continuum :

- gestions à procédures « protocolisées » comme les maladies à déclaration obligatoire (MDO), les volets sanitaires des études d'impact, les intoxications au CO...
- gestions à procédures non « protocolisées », comme les cas groupés de maladies infectieuses en collectivité, l'exposition de populations à un milieu contaminé, les clusters de cancers ...
- gestion d'une situation exceptionnelle, soit par sa nature en particulier NRBC, soit par l'importance de l'évènement.

Le directeur général de l'ARS garantit dans ce cadre, un pilotage régional, sous sa responsabilité afin :

- d'assurer au préfet un déclenchement et une mise en place immédiate des mesures et des procédures de gestion pour chaque situation ;
- de mettre à disposition du préfet les capacités d'expertise, les moyens humains et matériels mobilisables et opérationnels nécessaires à la gestion de chaque situation ;

- de doter le préfet des données, informations et compétences nécessaires pour mobiliser les moyens adaptés, en particulier les réseaux sanitaires ;
- rédiger et diffuser, en lien avec les instances locales et nationales, les messages sanitaires de communication adaptés et cohérents ;
- assurer la présence d'un représentant du directeur de l'ARS au sein du COD,
- rendre compte des retours d'expérience réalisés lors des alertes survenues, en vue de proposer, le cas échéant, des nouvelles solutions.

2.2.2.5 Lutte contre la propagation internationale des maladies.

Les missions de contrôle sanitaire aux frontières, réalisées sous l'autorité du préfet, sont coordonnées par l'agence régionale de santé qui met en œuvre les activités de veille, de réponse aux urgences, d'inspection et de contrôle, dans le cadre du Règlement Sanitaire International.

2.3 La prévention et l'éducation thérapeutique

2.3.1 Prévention

L'offre de prévention est composite. L'ARS intervient aux côtés de nombreux partenaires :

- la protection maternelle et infantile en direction des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans assurée par les conseils généraux ;
- la santé scolaire en direction des enfants scolarisés et étudiants assurée par les services de l'éducation nationale et l'université ;
- la santé au travail en direction des salariés assurée par les services de médecine du travail et de la DIRECTTE ;
- l'action des centres d'examen de santé à l'intention des assurés sociaux et notamment des populations à risque isolées et non suivies médicalement (populations précaires et/ou âgées). La région PACA compte 5 centres d'examens de santé : un par département sauf dans les Alpes de Haute Provence ;
- les actions spécifiques menées par les villes et notamment par leurs services communaux d'hygiène et de santé et leurs centres communaux d'action sociale ;
- les actions financées avec le conseil régional notamment dans le cadre du CPER : cofinancement des centres de ressources : ORS, CRES, CRIPS et CIRDD ;
- les compétences « Etat » (vaccinations, lutte contre la tuberculose, lutte contre les infections sexuellement transmissibles, dépistage des cancers), exercées par les délégations territoriales de l'ARS des Hautes Alpes et de Vaucluse, par convention avec les hôpitaux, exercées par les conseils généraux des Alpes de Haute Provence, des Alpes Maritimes, des Bouches du Rhône et du Var ;
- les missions d'intérêt général des hôpitaux publics ;
- les actions financées par les organismes d'assurance maladie notamment par le FNPEIS hors ARS ;
- les actions financées au titre des programmes de prévention de l'ARS.

La base de données OSCARS (outil de suivi et de catégorisation des actions régionales de santé), recense 655 opérateurs de prévention répartis sur la région. Cette base n'est pas exhaustive mais elle représente les opérateurs ayant reçu des financements :

- de l'ex-GRSP au titre des différents programmes du PRSP, ce qui inclut les actions du programme « santé scolaire » (hors actions menées en interne par le personnel Education Nationale) ;
- du conseil régional ;
- de l'ex DRJS ;
- de la ville de Marseille.

Les données (opérateurs et nombre d'actions) peuvent être présentées : par département puis par domaine (programmes du PRSP), ou par domaine puis par département.

Thématique PRSP	Nombre actions
Accidents de la vie courante	94
Cancers	224
Conduites addictives	436
Douleur, Soins palliatifs	6
Environnement	41
Hépatites (VHB - VHC)	374
Maladies chroniques (autres)	38
Maladies rares	23
Médicament	47
Nutrition (alimentation et activité physique)	422
Périnatalité - Parentalité	187
Politique de santé	60
Précarité	834
Risque routier	28
Santé au travail	8
Santé bucco-dentaire	69
Santé mentale	457
Santé scolaire	281
Sexualité (contraception, IVG)	291
Vaccination	64
Vieillesse	146
VIH-Sida IST	720
Violences (mutilations sexuelles)	86
Total	4931

Nombre d'actions enregistrées dans OSCARS par thématique du PRSP

La très grande majorité des opérateurs sont des associations. L'offre est, de ce fait, fonction des capacités de financement institutionnelles. Figurent également parmi les opérateurs des hôpitaux, des CCAS et la mutualité.

2.3.2 Les dépistages organisés

Les dépistages organisés (DO) dans la région PACA sont principalement, et conformément au Code de la santé publique (Art. L. 1411-6) le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer colo rectal.

2.3.2.1 Dépistage du cancer du sein

	année 2009						total
	04	05	06	13	83	84	
taux de dépistage : femmes dépistées par rapport aux femmes INVITEES	62,54%	52,47%	46,16%	39,53%	48,93%	49,99%	45,55%
taux de dépistage : femmes dépistées par rapport aux femmes INSEE	58,28%	54,04%	47,82%	37,76%	51,68%	54,15%	46,06%
taux de dépistage : 2° lectures par rapport aux femmes invitées	60,28%	51,16%	44,64%	38,44%	48,18%	49,61%	44,47%
taux de dépistage : 2° lectures par rapport aux femmes INSEE	56,18%	52,69%	46,24%	36,72%	50,88%	53,74%	44,97%

Taux de participation aux dépistages organisés (DRASS, année 2009)

La participation au programme de DO en Paca est l'une des plus faibles de France : 45,5 % versus 52,8 % au niveau national en 2008-2009. Seules l'Île-de-France et la Corse ont des taux plus faibles.

Dans les départements côtiers qui ont les taux de participation les plus bas, les femmes font largement appel au dépistage individuel. Ceci apporte une explication à la situation paradoxale des Bouches du Rhône qui fut le premier département de France à proposer un dépistage organisé. La prise en compte du dépistage individuel est donc indispensable dans l'évaluation de la situation. La situation est inverse dans les départements alpins : meilleure participation au DO mais peu de dépistage individuel. Le Vaucluse, qui cumule faible adhésion au DO et faible dépistage individuel, a le taux de femmes dépistées le plus faible en définitive.

	Région PACA	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse
Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein	65,2%	65,5%	66,2%	65,2%	63,8%	69,3%	62,1%

Taux de participation au dépistage organisé et individuels (données assurance maladie 2007 2008)

Part d'assurées du régime général stricto sensu âgées de 50 à 74 ans ayant participé au dépistage du cancer du sein sur la période 2007-2008

2.3.2.2 Dépistage du cancer colorectal

Ce dépistage est généralisé dans la région PACA depuis la fin de l'année 2008.

Dans les Bouches-du-Rhône (seul département de la région ayant un recul suffisant) le taux de participation au dépistage était de 43,9 % lors de la première campagne (qui a débuté en 2002 et a duré 2 ans) et 33,6 % lors de la seconde, contre 42,9 % et 40,4 % en moyenne pour l'ensemble des départements français participants.

PSRS, offre de santé – Novembre 2010

DEPISTAGE ORGANISE CANCER COLORECTAL PACA année 2009							
	04	05	06	13	83	84	total
taux de dépistage : personnes dépistées par rapport aux personnes invitées **	33%	19%	27%	37%	30%	36%	32%
taux de dépistage : personnes dépistées par rapport aux personnes INSEE**	44%	32%	25%	33%	34%	47%	33%
** Il s'agit de taux de participation brute ne prenant pas en compte le nombre d'exclusions médicales survenues au							
a = APREMAS 04 date de démarrage : 1/12/2008							
b= Adoc 05 date de démarrage : septembre 2008							
c= APREMAS 06 date de démarrage : 1/11/2005							
d= ARCADES date de démarrage : 2003							
e= Isis 83 1°invitations : juillet 2008							
f= Adca 84 date de démarrage : 1°invitations en voyées le 27/05/2008							

Globalement au plan régional, les taux de participation ont été faibles et n'augmentent que très lentement : 25,7% en 2006 - 2007, 29,5% en 2007 - 2008 (calculés sur les départements 06 et 13) et 27,67 % en 2008 - 2009 (en incluant les nouveaux départements).

2.3.2.3 Autres dépistages proposés :

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Des programmes pilotes de dépistage organisé par frottis cervico utérin (FCU) sont en cours sur quelques sites (actuellement Marignane et Vitrolles dans les Bouches du Rhône). Les femmes de 25 à 69 ans sans frottis depuis plus de 2 ans reçoivent un kit pour un auto prélèvement vaginal ou une invitation pour frottis.

Les examens préventifs bucco-dentaires proposés par l'assurance maladie

A 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans, un rendez vous de prévention dentaire gratuit chez le chirurgien-dentiste de son choix est proposé par l'assurance maladie. Si nécessaire, les soins consécutifs à cet examen de dépistage sont eux mêmes pris en charge à 100%.

La journée de dépistage du mélanome

Le syndicat national des dermatologues (SNDV) organise chaque année une journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau. Le public est invité à se rendre dans des centres de dépistages organisés par des centaines de dermatologues dans des lieux de consultation en établissements et en cabinets libéraux. La prochaine journée aura lieu le jeudi 19 mai 2011.

Les dépistages néo nats

Ils concernent la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie, l'hyperplasie des surrénales, la mucoviscidose et la drépanocytose.

2.4 Education thérapeutique du patient

Des actions d'éducation thérapeutique sont réalisées actuellement au sein de différentes structures :

- établissements de santé au cours d'hospitalisation ou en ambulatoire ;
- réseaux de santé ;
- structures ambulatoires : associations de patients, de malades, centres d'examen de santé de l'AM, école de l'asthme.

Le financement actuel est variable :

- soit inclus dans le GHS lorsque l'éducation thérapeutique est réalisée au cours d'une hospitalisation motivée par la pathologie ;
- soit sous forme de forfait (250 euros par patient) dans le cadre de la MIG lorsque le programme est réalisé en ambulatoire, par un établissement de santé relevant de T2A ;
- soit sous forme de forfait de 200 ou 250 euros dans le cadre du FNPEIS pour les structures ambulatoires ;
- soit de façon plus globale dans le cadre du FIQCS (réseaux, expérimentation) ;
- soit sans financement ou financement autre (exemple : école de l'asthme de Marseille, CESAM).

Au moment de la création de l'ARS, l'ARH PACA finançait environ 2 millions d'euros au titre de la MIG éducation thérapeutique. 15 établissements sont concernés à des niveaux différents. Une enquête auprès des établissements est prévue pour connaître l'utilisation de ces MIG parfois anciennes.

Les programmes réalisés en ambulatoire et financés actuellement sous forme de forfait doivent répondre à un cahier des charges national intégrant des critères qualitatifs indispensables à ce financement : professionnels formés à l'éducation thérapeutique, pluridisciplinarité, mise en place des 4 étapes décrites par la HAS, lien avec le médecin traitant.

Le CRES met en ligne sur son site le répertoire des acteurs déclarant mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique. Actuellement 226 structures (ambulatoires, réseaux, associations) sont recensés. Il assure également de la formation des professionnels.

Il y a à ce jour :

- 15 programmes ambulatoires (8 dans le cadre de la MIG et 7 dans le cadre du FNPEIS) bénéficiant d'un financement pour la prise en charge d'environ 1300 patients dans le cadre de diabète, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale chronique, d'asthme de l'enfant, d'hémophilie, d'obésité.
- 3 réseaux financés par le FIQCS, réalisant de l'éducation thérapeutique en ambulatoire pour des patients diabétiques (2 réseaux sur les Bouches du Rhône et un réseau au niveau des alpes Maritimes) avec environ 250 personnes pris en charge au total
- 1 réseau financé par le FIQCS réalisant de l'éducation thérapeutique dans le cadre du VHC sur Aix

Les réseaux font l'objet d'un financement global (pas de prise en charge au forfait) et n'ont pas eu l'obligation de respecter un cahier des charges en éducation thérapeutique.

En ce qui concerne l'éducation thérapeutique réalisée au cours d'une hospitalisation, un état des lieux récent, réalisés sur le mode déclaratif, par le laboratoire de santé publique de Marseille a permis d'identifier 409 actions d'éducation thérapeutique réalisées au niveau des établissements de santé publics ou privés de la région mais environ 12% de ces actions sont de simples actions d'information. De plus, environ la moitié des actions sont réalisées par des professionnels non formés à l'éducation thérapeutique. Le nombre de patients pris en charge est mal identifié.

Fin 2009, l'ARH a financé 10 sessions de formation d'éducation thérapeutique (réparties sur les 6 départements) de 6 jours chacune, destinées aux professionnels des établissements de santé de la région. Environ 180 personnes ont pu en bénéficier.

La loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 a inscrit l'éducation thérapeutique du patient dans le code de santé publique et dans le parcours de soins.

Les programmes doivent être conformes à un cahier des charges défini par arrêté ministériel et les compétences nécessaires sont définies par décret (décret du 02.08.2010). Ces programmes sont proposés par le médecin prescripteur et doivent faire l'objet d'une autorisation par l'ARS.

Les autorisations délivrées par l'ARS permettront d'harmoniser le contenu des programmes d'éducation thérapeutique entre les différentes structures et le fonds national permettra d'harmoniser les financements.

Un comité technique régional (CTR) maladies chroniques et éducation thérapeutique a été mis en place par l'ARS PACA le 14 septembre 2010. Il comprend des représentants des principales institutions et associations concernées ainsi que des experts. C'est avant tout un lieu d'échange sur les appels) projets, les autorisations de programmes et l'organisation régionale de l'éducation thérapeutique.

Faits marquants

- Dans notre région très industrialisée et peuplée, la pression sur l'environnement est forte et la santé environnementale prend de plus en plus une préoccupation croissante, tant il est vrai que la qualité de l'environnement est la première condition d'une santé durable.
- La région PACA est une des régions françaises les plus concernées par les risques naturels. Toutes les communes de la région sont soumises à au moins un risque potentiel d'inondation, de mouvement de terrain, de feu de forêt, d'avalanche ou de séisme. Parallèlement, la pression industrielle et urbaine est forte sur l'environnement, en particulier sur la qualité de l'air. Face à ces risques, l'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaires est le premier point sur lequel la population attend une réponse d'une qualité sans faille et cette réponse repose très largement sur l'ARS en lien avec les Préfectures.
- En matière de promotion de la santé et d'éducation à la santé, les actions, dans le cadre de la loi de santé publique du 09. Août 2004 ont été structurées par un programme régional de santé publique et appuyées par des centres ressources. De multiples partenaires institutionnels interviennent conjointement à l'ARS, à la fois comme financeurs, pilotes et acteurs. Malgré tout, les acteurs associatifs sont les plus présents sur le plan opérationnel. Leur potentiel est dépendant des financements qui peuvent être mobilisés à leur profit.
- En ce qui concerne les dépistages, l'offre est généralisée à la fois pour le dépistage du cancer du sein et pour le dépistage du cancer colorectal. La participation de la population de PACA à ces dépistages organisés est faible. Elle est partiellement compensée par un dépistage individuel important pour le cancer du sein. Le dépistage des cancers du col de l'utérus reste expérimental et très parcellaire dans la région.
- L'éducation thérapeutique se développe et se structure, via un effort de connaissance (enquêtes) de formation, et maintenant la procédure d'autorisation de programmes dans le cadre de la loi HPST. On peut aussi citer la création d'un comité technique régional maladies chroniques et éducation thérapeutique.

Pour les mois et années à venir, la priorité sera de développer des programmes ambulatoires structurés et de qualité sur les thématiques prioritaires de la région : diabète, insuffisance cardiaque, Asthme et BPCO, VIH et insuffisance rénale ; Plus généralement, l'objectif est de mieux intégrer les professionnels de santé libéraux à l'éducation thérapeutique, afin que celle-ci puisse bénéficier à tous les patients qui peuvent en tirer profit.

3 L'offre de soins ambulatoire

3.1 Les médecins généralistes, infirmiers, chirurgiens dentistes, masseurs-kinés

Source : ARS PACA 2009, INSEE RP 2007

	Omnipraticiens		Infirmiers		Dentistes		MK	
	Nb	Densité*	Nb	Densité*	Nb	Densité*	Nb	Densité*
04	189	121,1	270	173	90	57,67	184	117,9
05	175	132,1	220	166,07	90	67,94	218	164,56
06	1390	128,41	1995	184,3	1127	104,11	1416	130,81
13	2509	128,08	4739	241,92	1542	78,72	2599	132,67
83	1169	117,38	2206	221,5	754	75,71	1233	123,8
84	606	112,61	871	161,85	367	68,2	560	104,06
PACA	6038	124	10301	212	3970	82	6210	128

* densité pour 100 000 habitants

D'une manière générale, la densité d'offre libérale de premier recours est largement supérieure aux moyennes nationales, dans tous les départements.

Plus précisément, par rapport à la densité moyenne nationale, la densité d'omnipraticiens en PACA est supérieure de 23%, celle des chirurgiens dentistes est supérieure de 34 %, mais ce sont surtout les infirmiers, +92% et les masseurs kinés, à + 53%, qui sont plus nombreux en région PACA qu'au plan national.

Il existe néanmoins des inégalités territoriales qui nécessitent une analyse infra départementale.

On constate des inégalités de répartition entre la bande littorale et le reste de la région. La problématique est différente entre les zones urbaines et les zones rurales.

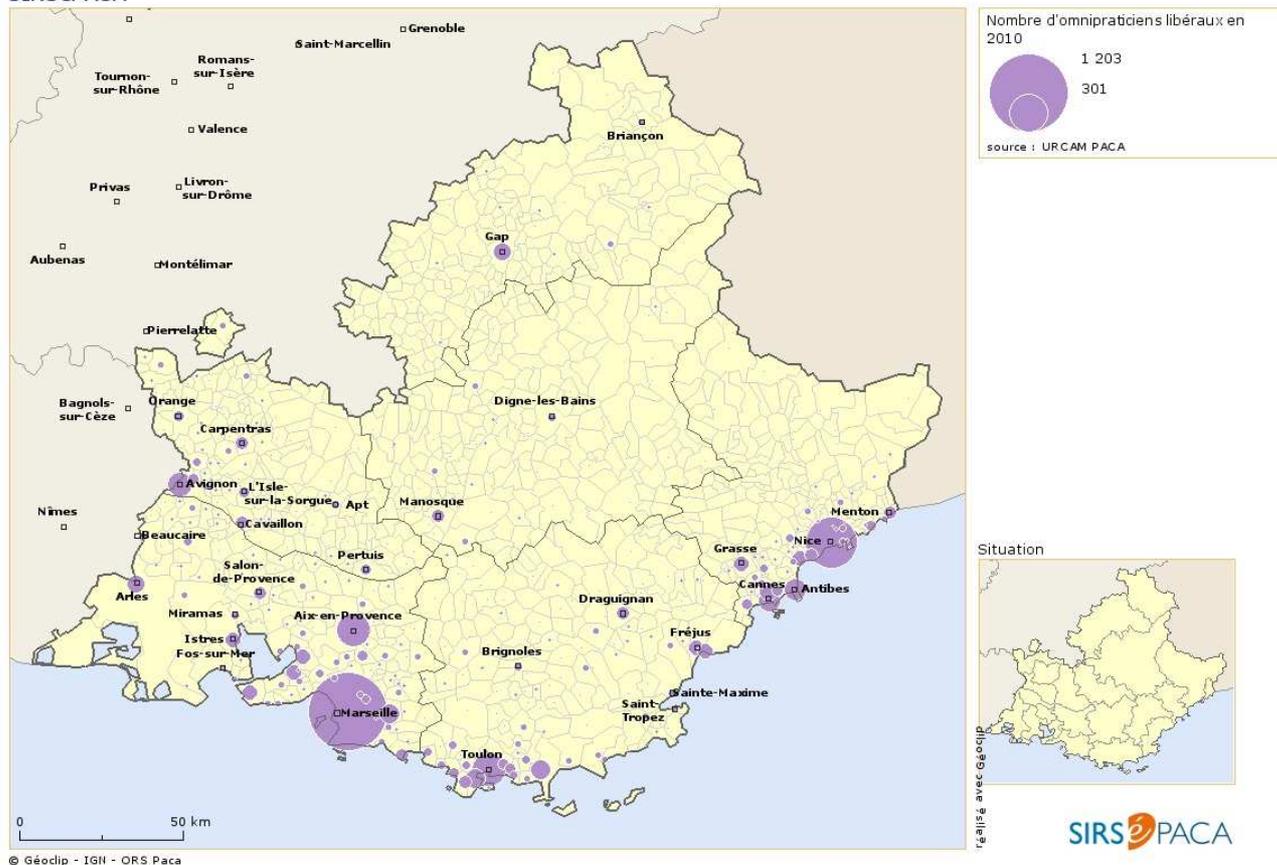
En zone urbaine, les densités sont fortes et l'on ne note pas de difficultés particulières pour le renouvellement des départs.

En zone rurale, des densités moyennes voire fortes sont souvent associées à des effectifs de professionnels de santé très faibles. Dans cette situation, la question du vieillissement des professionnels et de leur renouvellement se pose de manière urgente. Les territoires problématiques se situent essentiellement dans les Alpes de Haute Provence et les Hautes Alpes. Le nord Vaucluse et l'arrière pays des Alpes Maritimes, ainsi que le bassin de vie des Saintes Maries de la Mer dans les bouches du Rhône sont aussi concernés par la problématique de la démographie médicale et paramédicale. La part des omnipraticiens âgés de plus de 55 ans varie de 36% dans les Hautes Alpes à 43% dans les Alpes maritimes.

En ce qui concerne les infirmiers libéraux, la densité très élevée doit être appréciée au regard du taux d'équipement en offre médico-sociale inférieure à la moyenne nationale. Il faut noter que depuis le 1^{er} mai 2009, les autorisations de places de SSIAD sont « gelées » sur les 27 bassins de vie considérés comme sur-dotés en infirmiers libéraux, conformément à la convention nationale entre les syndicats d'infirmiers et l'Assurance maladie.

Par ailleurs, l'offre ambulatoire est caractérisée par une très faible organisation et un manque de coordination.

SIRSéPACA



3.2 Les médecins spécialistes libéraux :

	Spécialistes (vue d'ensemble)		
	Nombre	Densité*	% secteur 1
04	116	74,33	77%
05	105	79,26	86%
06	1658	153,17	46%
13	2945	150,34	68%
83	1097	110,15	62%
84	577	107,22	62%
PACA	6498	134	61%
France métropolitaine	53832	87	59,3%

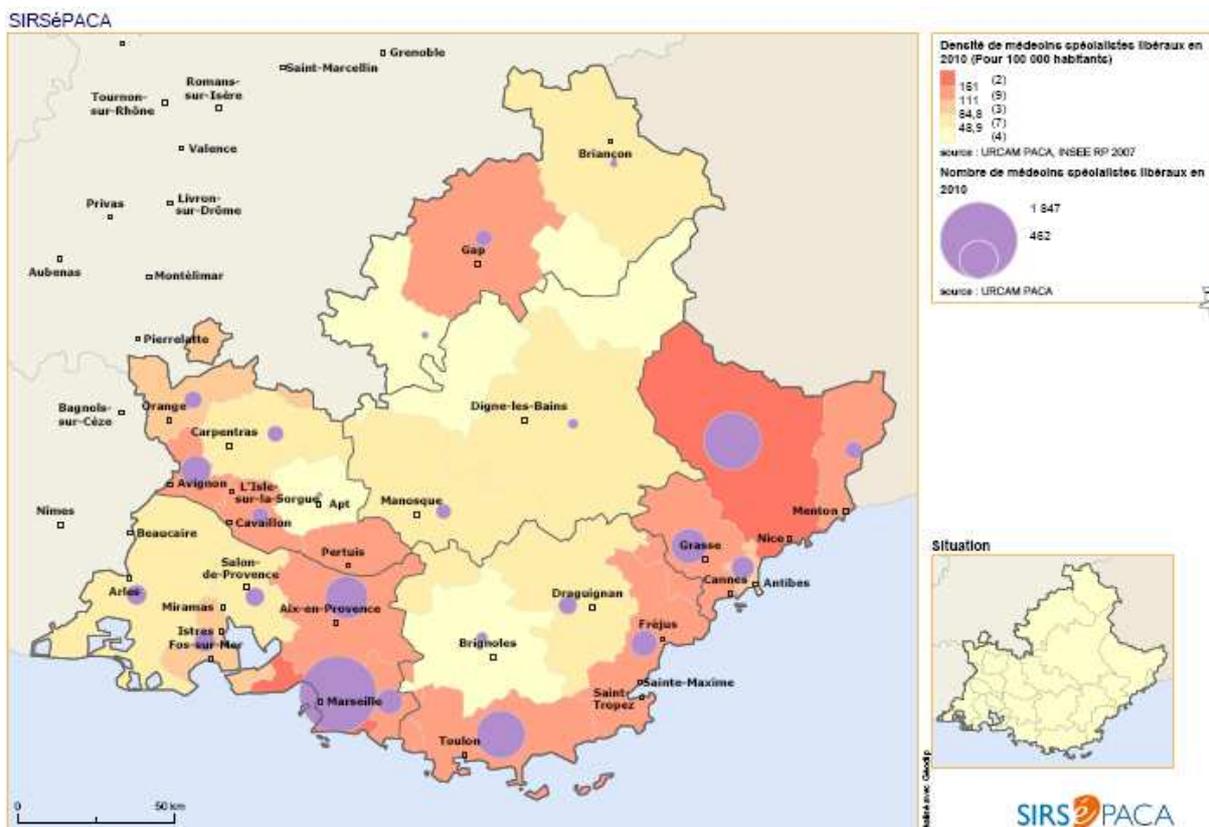
Source : Source : ARS PACA 2009, INSEE RP 2007

* densité pour 100 000 habitant

L'offre de spécialités libérales est complexe à analyser car elle doit être corrélée à l'offre hospitalière. Globalement, les densités de spécialistes sont supérieures à la moyenne nationale de 54%, mais ils sont très inégalement répartis sur le territoire.

Si l'on additionne les spécialistes libéraux et salariés (principalement hospitaliers), on observe que la densité de médecins spécialistes varie du simple au double entre les départements de la région. La densité observée dans le département des Alpes-de-Haute-Provence est inférieure de 28 % à la valeur nationale et de 40 % à la moyenne régionale.

En outre, la question de l'accessibilité, notamment financière (secteur 2) se pose dans un certain nombre de territoires. Globalement, la proportion de spécialistes en secteur 1 est un peu supérieure à la moyenne française, mais elle n'est que de 46% dans les Alpes Maritimes. Comme pour les soins de premier recours, le niveau d'étude doit se situer au niveau infra départemental et peut varier selon la spécialité concernée.



3.3 La permanence des soins (PDS) ambulatoire

Pendant les périodes de PDS (la nuit et les week-ends) l'accès au médecin généraliste est organisé dans tous les départements.

La région PACA compte environ 200 secteurs de gardes avec de fortes disparités départementales et selon la période de la journée.

Nombre de secteurs de garde selon les périodes et heures de nuit

	Nb de secteurs 20h – 24h	Nb de secteurs 24h – 8h	Nb de secteurs samedi après midi	Nb de secteurs Dimanches et fériés
04	21	15	Non applicable	20
05	10	6	11	12
06	52	48	55	55
13	52	26	65	65
83	19	7	26	26
84	13	2	31	31
PACA	167	104	188	209

En règle générale, la permanence des soins s'arrête à minuit dans les secteurs à proximité d'un service d'accueil des urgences. Le Vaucluse présente une organisation atypique : les secteurs ruraux n'ont pas ou peu de permanence des soins les soirs de semaine.

Une régulation libérale est effective au sein de tous les centres 15 de la région.

Il existe une quinzaine de maisons médicales de garde, à proximité ou non des services d'urgence, avec une forte implantation dans le Var.

3.4 Les réseaux de santé

Après une phase initiale de foisonnement relatif, les évaluations ont confirmé des domaines prioritaires et notamment l'intérêt des réseaux en périnatalité, oncologie, soins palliatifs douleur chronique et gérontologie, qui sont les priorités retenues par la circulaire DHOS-CNAMTS du 07 mars 2007.

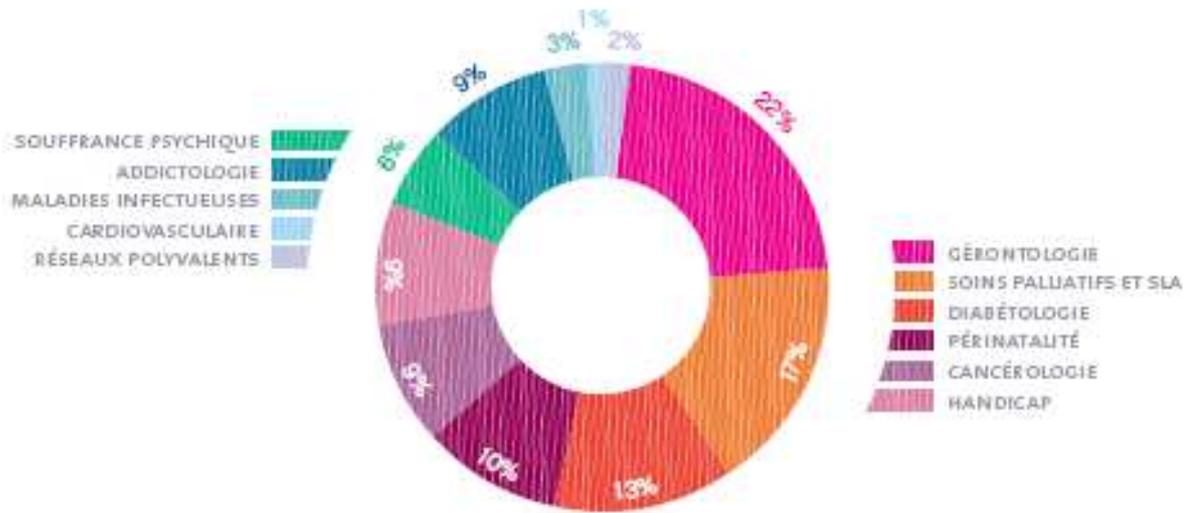
Ces réseaux font l'objet de référentiels nationaux (DHOS CNAMTS) et mobilisent en PACA 50% de la dotation FIQCS. Les instances régionales de concertation du FIQCS avaient souhaité qu'un effort soit également porté sur les handicaps et la diabétologie.

En 2009, 80% de la dotation FIQCS (13 millions d'euros) est affectée à ces 6 domaines, correspondant à un objectif cible de prise en charge d'environ 20 000 patients en région PACA. Plus précisément, 34 des 44 réseaux financés en 2009 sont relatifs à ces priorités :

- 11 réseaux en gérontologie,
- 8 réseaux accompagnant les fins de vie,
- 4 réseaux en périnatalogie
- 2 réseaux en oncologie (le réseau régional prévu réglementairement et un réseau de oncologie pédiatrique)
- 5 réseaux de prise en charge des handicaps
- 4 réseaux en diabétologie

Dix réseaux sont financés hors des domaines prioritaires :

- 5 réseaux en conduites addictives
- 2 réseaux en maladies infectieuses (VIH et VHC)
- 3 réseaux en souffrance psychique



Parts de la dotation FIQCS 2009 en fonction des thématiques

L'objectif d'une couverture territoriale exhaustive a été atteint dans 4 domaines : périnatalité, cancérologie, soins palliatifs et sclérose latérale amyotrophique. Plus précisément :

- Le réseau de cancérologie a par définition une vocation régionale ;
- En soins palliatifs, la couverture territoriale est assurée à l'exception de l'extrême ouest des Bouches du Rhône (Camargue) ;
- En périnatalité, la couverture territoriale est assurée.
- En gérontologie, la couverture territoriale reste très incomplète, Les réseaux sont principalement localisés dans les Bouches du Rhône et les Alpes Maritimes. Ils couvrent généralement une zone de proximité et une majorité du territoire reste non couverte. La mise en place des CLIC au début des années 2000 n'a pas favorisé une couverture du territoire par les réseaux, alors que le déploiement de ces derniers est resté incomplet. Actuellement, la priorité est la structuration territoriale de la filière gériatrique, dans laquelle le réseau trouve naturellement sa place lorsqu'il existe.
- En diabétologie, la couverture territoriale est restée partielle. Le financement de deux réseaux a été suspendu récemment après évaluation et compte tenu des contraintes financières.
- Dans le domaine des handicaps, la couverture territoriale est très inégale, dans la mesure où elle n'émane pas de la planification mais de projets construits à l'initiative des professionnels de santé. Quatre réseaux interviennent sur la zone ouest de la région dont trois prennent en charge des enfants (RESODYS, RESAL et Handimomes), le quatrième prenant en charge les soins bucco-dentaires aux handicapés. Un réseau intervient sur la partie Est de la région, prenant en charge les traumatisés crâniens (Respect-TC). Le Nord du Vaucluse et les départements alpins ne sont pas couverts.

Dès le lancement des expérimentations de réseaux en 1997, des expériences de prise en charge en réseaux des soins de proximité ont vu le jour. Mais le dispositif du médecin traitant en 2004 et plus récemment la promotion d'une offre coordonnée de soins de premier recours dans le cadre de maisons de santé pluridisciplinaires re-questionnent ce concept. La place des réseaux dans une prise en charge de premier recours nécessite d'être redéfinie.

En 2008 et 2009, un appel à projet a été lancé dans le cadre de la MRS et du FIQCS sur la thématique « dispositifs polyvalents et/ou territoriaux ». Afin d'étudier la faisabilité et la pertinence de ce schéma, cinq dispositifs nouveaux ou préexistants ont été financés dans un cadre expérimental, sans modèle prédéfini, avec néanmoins comme objectifs de proposer et mettre en œuvre des coordinations susceptibles de répondre aux besoins des professionnels de premier recours et notamment aux médecins traitants sur un territoire déterminé et non ciblées sur une pathologie unique. A ce stade de la réflexion, les réseaux polyvalents de proximité sont une des réponses possibles d'organisation coordonnée des soins de premier recours, ou du moins doivent pouvoir favoriser leur dispensation.

La performance des systèmes d'information est un facteur important de la performance globale des réseaux.

Faits marquants

- La région PACA bénéficie d'une densité de professionnels de santé libéraux supérieure aux moyennes nationales, dans le contexte d'une offre hospitalière également abondante.
- Cette densité est supérieure à la densité nationale de 23 % pour les omnipraticiens, mais ce sont surtout les infirmiers qui sont plus nombreux qu'au plan national, à +92% et les masseurs kinés, à + 53%.
- La densité des infirmiers libéraux doit malgré tout être mise en regard d'une offre médico-sociale inférieure aux moyennes nationales.
- En outre, les fortes inégalités de répartition entre la bande littorale (+ la vallée du Rhône) d'une part et les zones rurales d'autre part crée des difficultés ponctuelles pour assurer le premier recours médical et infirmier en particulier.
- Ces difficultés vont s'accroître du fait du vieillissement des professionnels de santé, ce qui oblige dès à présent à chercher des solutions, notamment en termes d'organisation.
- A l'image des omnipraticiens, les médecins spécialistes libéraux sont plus nombreux qu'en moyenne nationale (densité de + 54%), mais ils sont très inégalement répartis. La région PACA a une proportion de médecins spécialistes en secteur 2 de près de 40%, comme les autres régions françaises, proportion qui est de 54% dans les Alpes Maritimes .
- Comme les autres régions françaises, la région PACA a connu le développement de nombreux réseaux. Avec le temps, des réseaux d'experts ont émergé et se sont consolidés, réseaux régionaux capables d'englober l'offre et de jouer un rôle de méta coordination et de référent d'une pathologie. En regard, le développement de réseaux coordonnés de proximité, récent et expérimental, fait l'objet d'une réflexion dans le cadre plus vaste du maillage des soins de premier recours.

4. L'offre de soins hospitalière

Au 1er janvier 2008, près de 300 établissements de santé sont implantés dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ils disposent de 37 451 lits installés en hospitalisation complète et de 4 783 places installées en hospitalisation partielle.

Ils ont totalisé en 2007 1.1 millions d'entrées en hospitalisation complète et 1.1 millions de venues en hospitalisation partielle

Cette offre se répartit entre quatre Grands Groupes de Disciplines d'Equipement (GGDE) qui répondent chacun à des logiques et des besoins différents :

- le *court séjour* avec la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO),
- la *psychiatrie* avec la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile,
- le *moyen séjour* avec les soins de suite et de réadaptation (SSR)
- et le *long séjour* avec les soins de longue durée (USLD).

Zones Géographiques	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	Région PACA
Secteur public (entités juridiques)	12	6	14	14	10	13	69
Centre hospitalier régional (CHR/CHU) (*)			1	1	1		3
Centre hospitalier (CH)	2	3	6	8	6	8	33
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie		1	(**)	3	1	1	7
Hôpital des Armées				1	1		2
Hôpital local	9	2	6	1	1	4	23
Autre unité du service public	1						1
Secteur privé (établissements)	7	19	49	93	46	16	230
Etablissement de soins de courte durée	2	1	16	33	13	9	74
Centre de lutte contre le cancer			1	1			2
Etablissement de lutte contre les maladies mentales (hors CHS) (***)			5	15	5	1	26
Etablissement de soins de suite et de réadaptation	4	18	21	32	21	5	101
Etablissement de soins de longue durée	1		2	3	4		10
Autre établissement privé (hors dialyse)			4	9	3	1	17
Ensemble	19	25	63	107	56	29	299
(*) Hôpital Renée Sabran rattaché à l'entité juridique du CHR "Hospices de Lyon" (**) CHS Sainte-Marie (privé sous DG) (***) Y compris les centres de postcure pour malades mentaux Source : DRASS - SAE 2009 (base administrative)							

Tableau I : Les établissements de soins publics et privés de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur au 01/01/2010

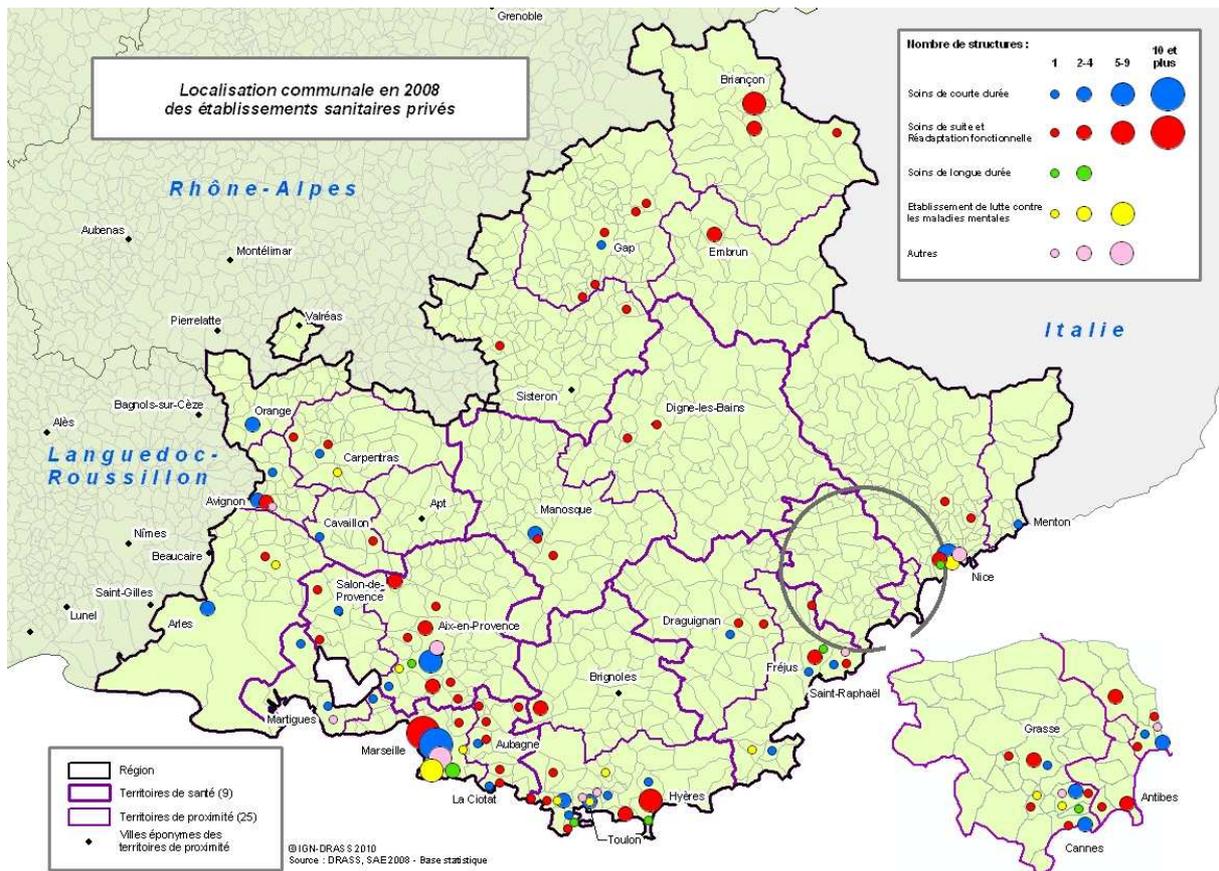
La grande majorité (environ 48 %) de la capacité d'accueil des établissements de santé de la région, que ce soit en hospitalisation complète ou partielle, est destinée au *court séjour*.

Avec près de 10 600 lits, le *moyen séjour* représente près de 30 % des lits installés dans la région en hospitalisation complète au 31 décembre 2007.

Il convient de préciser que, dans le cadre du SROS 3, publié le 11 avril 2006, la notion d'installations (lits installés), ne fait plus référence pour évaluer et encadrer le potentiel d'offre de soins hospitaliers. Ce sont les objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) par territoire qui encadrent l'offre des établissements sanitaires. Sur la base de ces OQOS territoriaux, l'ARH (et désormais l'ARS) a négocié et contractualisé des OOS avec les établissements de chaque territoire.

Une synthèse des OQOS territoriaux encadrant l'offre depuis la publication du SROS 3 en avril 2006 est présentée en annexe de ce document.





4.1. Une offre du secteur privé relativement plus présente

Les établissements de santé privés (ex OQN, ex DG) sont, toutes disciplines confondues, relativement plus présents en région PACA que sur l'ensemble du territoire métropolitain, que ce soit en hospitalisation complète ou partielle.

Dans la région PACA, 48 % des lits en hospitalisation complète se trouvent dans des établissements publics. Cette proportion est nettement inférieure à celle constatée au niveau de la France métropolitaine (64%).

La surreprésentation du secteur privé dans la région se retrouve quelle que soit la discipline considérée. Elle est particulièrement importante pour le *moyen séjour* où seule 17 % de l'offre régionale en hospitalisation complète vient du secteur public contre 40 % au niveau Métropole.

Même pour le *court séjour* où le nombre de lits dans la région proposée par le secteur public est majoritaire (58 %), cette répartition reste inférieure à la moyenne métropolitaine (67 %).

L'hospitalisation de jour privée, que ce soit en chirurgie ou en médecine, est plus supérieure à la moyenne nationale.

Dans la région, l'hospitalisation de jour et de nuit en *psychiatrie* notamment pour adultes relève très majoritairement du secteur public (85 %) et relativement plus qu'au niveau métropolitain (79 %).

4.2. Une offre hospitalière relativement plus importante qu'en Métropole

Les capacités d'accueil des établissements de santé de la région pour la plupart des grandes disciplines de soins sont, rapportées à la population résidente, plus importantes qu'en France métropolitaine. Cependant, des disparités d'équipement hospitalier apparaissent au niveau des départements.

Les capacités en long séjour sont cependant inférieures au taux d'équipement national, en raison d'un sous équipement des Bouches du Rhône.

Zones Géographiques	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	Région PACA	Métropole
Court séjour								
Nombre de lits	425	498	3 877	8 512	2 903	1 938	18 153	220 385
Nombre de places	50	88	858	1 589	625	235	3 445	34 009
Taux d'équipement (*)	3,0	4,4	4,4	5,2	3,5	4,0	4,4	4,1
Psychiatrie								
Nombre de lits	146	133	1 021	2 778	923	556	5 557	55 699
Nombre de places	97	54	411	873	279	615	2 329	27 594
Taux d'équipement (*)	1,6	1,4	1,3	1,9	1,2	2,2	1,6	1,3
Moyen séjour								
Nombre de lits	422	1 156	2 298	3 842	2 431	665	10 814	94 753
Nombre de places	5	35	72	275	185		572	7 356
Taux d'équipement (*)	2,7	9,0	2,2	2,1	2,6	1,2	2,3	1,7
Long séjour								
Nombre de lits	71	135	516	472	569	465	2 228	44 126
Taux d'équipement (**)	4,3	10,3	4,2	2,8	5,3	9,7	4,7	8,4

(*) Nombre de lits et places pour 1 000 habitants

Sources : DRASS - SAE 2009 (base statistique)

(**) Nombre de lits et places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

INSEE, RP 2007

Tableau 5 : Capacités et taux d'équipement par département au 01/01/2010

4.3. Une offre inégalement répartie

Plus de 70 % de l'offre de *court séjour* se concentre sur les départements sièges d'un CHU, c'est-à-dire les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes, pour 62,5% de la population régionale. Si l'offre en nombre de lits et de places reste bien sûr la plus importante sur ces deux départements pour l'ensemble des GGDE, les départements alpins (Alpes-de-Haute-Provence et Hautes-Alpes) ont en général un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale pour le *moyen séjour*, le *long séjour* et la *psychiatrie*.

Par ailleurs, la capacité d'accueil en *court séjour* et en *psychiatrie* des départements alpins et du Vaucluse est proposée très majoritairement par des établissements publics. A l'opposé, les lits et places de *moyen séjour* dans les Hautes-Alpes et les Bouches-du-Rhône relèvent, à plus de 90 %, du secteur privé.

Cependant, cette analyse de l'offre hospitalière est à mettre en perspective avec les autres types d'offre de soins disponibles sur chacun des territoires. En effet, l'offre de soins de ville et l'offre médico-sociale peuvent être complémentaires avec la prise en charge hospitalière.

4.4. Des flux conséquents entre territoires

Certains territoires voient « fuir » leurs résidents vers d'autres territoires dotés de structures plus attractives, ce qui est logique pour des activités de soins spécialisées dont ils ne disposent pas, mais l'est moins des activités de proximité.

Flux de patients en C (patients légers, hospit. complète) en PACA, année 2008

fuites
autarcie

		Dpt d'hospitalisation							
		04	05	06	13	83	84	99	TOTAL fuites
Dpt de domicile	04	44.7%	15.1%	2.9%	32.6%	0.7%	0.8%	3.1%	55.3%
	05	0.3%	79.9%	0.5%	10.0%	0.3%	0.1%	8.8%	20.1%
	06	0.0%	0.1%	96.4%	0.7%	0.5%	0.0%	2.2%	3.6%
	13	0.1%	0.3%	0.2%	92.4%	0.4%	3.5%	3.1%	7.6%
	83	0.5%	0.2%	7.0%	13.7%	75.0%	0.1%	3.4%	25.0%
	84	0.3%	0.2%	0.2%	12.9%	0.1%	78.1%	8.2%	21.9%

sources : PMSI 2008 / le découpage MCO est réalisé selon la classif Aso de l'ATIH
: dpt 99 = France hors PACA, les hospit. à l'étranger sont inconnues

lecture : 96.4% des habitants du 06 se font hospitaliser dans le 06
: 0.7% des habitants du 06 se font hospitaliser dans le 13
: 3.6% des habitants du 06 se font hospitaliser ailleurs (sauf étranger)

Le Var présente aussi un solde négatif, que ce soit en médecine, en chirurgie ou en obstétrique.

Ce manque d'attractivité des structures de proximité voire de recours sur certains territoires aggrave les inégalités de répartition de l'offre.

4.5. Des évolutions significatives en cinq ans

Le tableau ci-dessous reflète une quasi stagnation des séjours depuis 5 ans, qui n'encourage pas à des augmentations d'objectifs quantifiés d'offre de soins. Seuls les séjours d'obstétrique ont augmenté d'un peu plus de 5%, confirmant l'hypothèse d'une hausse de la natalité.

En revanche, depuis cinq ans, les capacités et l'activité en hospitalisation partielle ont progressé de plus de 10%, alors que dans le même temps celles en hospitalisation complète ont diminué.

Le développement de cette prise en charge en hospitalisation partielle concerne surtout le court séjour et plus particulièrement les soins de chirurgie. Dans cette discipline, on voit clairement l'hospitalisation complète diminuer sur la période 2005-2009, tandis que la chirurgie ambulatoire a progressé de plus de 15%.

La baisse importante sur les séjours de médecine et d'obstétrique de moins de 24h est liée à la circulaire « actes frontière » et aux contrôles externes de la T2A qui ont eu comme impact de requalifier de nombreuses venues en activité externe (par conséquent n'apparaissant plus dans les données PMSI alors que l'activité en question s'est très certainement maintenue).

Evolution des volumes de séjours des établissements PACA MCO selon le statut juridique Période 2005 / 2009

		Etabliss. publics	Etabliss. privés non lucratifs	TOTAL ex-DGF	Etabliss. privés lucratifs	TOTAL PACA
séjours >24 h	Médecine (2)	+3.8%	+11.3%	+4.9%	-5.9%	+2.4%
	Chirurgie	+3.7%	+4.3%	+3.8%	-8.3%	-2.7%
	Obstétrique	+8.2%	+43.3%	+11.8%	-9.2%	+5.4%
	TOTAL	+4.2%	+11.0%	+5.2%	-7.5%	+0.8%
séjours <24 h	Médecine	-14.1%	-21.0%	-15.3%	-4.1%	-10.6%
	Chirurgie	+56.3%	+16.1%	+40.9%	+9.2%	+15.4%
	Obstétrique (1)	-17.0%	-38.6%	-18.5%	-23.9%	-19.8%
	TOTAL	-7.2%	-12.2%	-8.2%	+1.8%	-2.9%
séances	Chimio	+32.6%	+40.0%	+36.1%	-2.5%	+17.1%
	Hémodial. en centre (2)	+5.9%		+5.9%	+9.4%	+8.4%
	Transfusions (3)	-10.9%	+56.2%	-1.9%	+105.6%	+3.6%
	TOTAL	+12.4%	+40.6%	+18.3%	+6.5%	+11.1%

(1) y compris IVG

(2) en dehors des dialyses en cours d'hospitalisation

(3) les autres séances sont exclues de l'analyse car d'interprétation instable sur la période de 5 ans

sources : BASES PMSI 2005/2009

Autre évolution manifeste, la diminution des séjours produits par les établissements privés lucratifs, globalement de 7,5% en hospitalisation complète, touchant à la fois la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, non compensée par une faible hausse des séjours de moins de 24 heures, d'à peine 1,8%.

Faits marquants

- Une offre abondante : la région dispose de taux d'équipement supérieurs, pour la plupart des grandes disciplines de soins, à la moyenne nationale, sauf en USLD (sauf dans le 05).
- Une offre inégalement répartie : 70% de l'offre de court séjour dans le 06 et le 13 pour 62% de la population. Trois SROS successifs n'ont que partiellement corrigé les inégalités territoriales.
- Les départements 04 et 05 ont un profil d'équipement à l'inverse des départements côtiers : inférieur à la moyenne régionale pour le court séjour mais supérieur pour les soins de suite et de réadaptation(SSR), le long séjour et la psychiatrie.
- Avec près de 10600 lits et places en SSR, la région dispose de 2.3 lit ou place pour 1000 habitants, versus 1.6 au plan national.
- Une offre du secteur privé plus présente : 48 % des lits HC en établissements publics (versus 64% au plan national) Cela concerne toutes les disciplines mais particulièrement le SSR (17% public versus 40% au plan national).
- Des flux conséquents entre territoires : certains territoires voient « fuir » leurs résidents vers d'autres territoires dotés de structures plus attractives, ce qui est logique pour des activités de soins spécialisées dont ils ne disposent pas, mais l'est moins pour des activités de proximité.
- des évolutions significatives en 5 ans : entre 2005 et 2009, quasi stagnation des séjours en HC en médecine et chirurgie (+ 0,8%), mais +5% en obstétrique.
- Développement de l'hospitalisation à temps partiel, concernant surtout le court séjour et particulièrement la chirurgie. Dans cette discipline, l'HC diminue sur la période 2005-2009, tandis que la Chirurgie ambulatoire a progressé de plus de 15%, dont + 56% pour les seuls établissements publics qui conservent malgré tout un retard dans la matière.

Des particularités régionales fortes :

- Dispersion des établissements et des plateaux techniques : Il y a en PACA 3 CHR, 33 CH (+ 2 hôpitaux militaires) et 2 centres de lutte contre le cancer. La région PACA a le plus grand nombre de sites d'activités interventionnelles par voie endovasculaire en cardiologie par million d'habitants (4,8 centres par Million d'hab.)
- Des problèmes de taille critique concernant de petites maternités et services de chirurgie
- Du fait du nombre d'établissements pénitentiaires, l'organisation des soins aux détenus représente un enjeu particulier en région PACA
- Des hôpitaux locaux nombreux dans certains départements, opportunité potentielle pour l'organisation des soins de premier recours

5. Handicaps et vieillissement

5.1. Les établissements et services prenant en charge des jeunes handicapés

Historiquement, la région PACA a toujours présenté un taux d'équipement des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés inférieur à la moyenne nationale quelle que soit la nature de la déficience.

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

Le sous-équipement global de la région masque de très fortes disparités infra-territoriales. Les territoires de Sisteron et Gap ont un taux d'équipement presque trois fois supérieur à la moyenne régionale et plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale. Les territoires de Martigues, Manosque, Digne et Briançon Carpentras, Brignoles sont, quant à eux, très déficitaires.

Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés par département, Données au 5 janvier 2010

	Etablissements (hors CAMSP et CMPP)			Services (SESSAD)			Total Etab. + services	
	Nbre étab	capacit é	Taux équip.	Nbre étab	capacit é	Taux équip.	Capacit é	Taux équip.
Alpes de Haute Provence	5	163	4.5	2	97	2.7	260	7.2
Hautes Alpes	6	196	6.3	6	130	4.2	326	10.5
Alpes-Maritimes	33	1 283	5.4	24	640	2.7	1 923	8.1
Bouches-du- Rhône	49	2 675	5.6	36	1 020	2.1	3 695	7.8
Var	28	1 155	5.2	19	2517	2.3	1 672	7.5
Vaucluse	17	576	4.3	14	375	2.8	951	7.1
PACA	138	6 048	5.3	101	2 779	2.4	8 827	7.8
France Métropolitaine	2 043	103 885	6.8	1 461	39 230	2.6	143 115	9.4

Sources : DRASS FINESS : recensement INSEE 2006

Ces dernières années, le nombre de places de SESSAD a fortement augmenté, par création et par transformation de places d'internat, pour répondre à l'évolution des besoins et accompagner le développement des structures mises en place par l'éducation nationale pour la scolarisation des enfants handicapés. De ce fait, les SESSAD sont, pour notre région, la catégorie la moins éloignée de la moyenne nationale en 2009. Les établissements accueillent les jeunes les plus lourdement handicapés.

La prise en charge des adolescents difficiles nécessite une coordination entre l'éducation nationale, l'éducation spécialisée, la protection judiciaire de la jeunesse, l'aide sociale à l'enfance et les services de pédopsychiatrie parfois difficile à mettre en place localement.

L'activité des CAMSP et CMPP bien que relevant de l'enveloppe médico-sociale gérée par la CNSA, doit être resituée dans l'offre sanitaire soit pédiatrique pour les CAMSP soit pédopsychiatrique pour les CMPP.

5.2. Les services à domicile prenant en charge des personnes âgées ou handicapées

Services et accueil de jour pour adultes handicapés par département,
Données au 5 janvier 2010

	S.S.I.A.D. PH			S.A.M.S.A.H.			Accueil de jour en MAS et FAM		
	Nb étab.	Cap. Autor.	Taux équip.	Nb étab.	Cap. Autor.	Taux équip.	Nb étab.	Cap. Autor.	Taux équip.
Alpes de Haute Provence	2	13	0,2	4	35	0,5	2	16	0,2
Hautes Alpes	5	15	0,2	3	26	0,4	4	56	0,8
Alpes-Maritimes	3	100	0,2	5	88	0,2	18	190	0,3
Bouches-du-Rhône	7	146	0,1	11	313	0,3	23	171	0,2
Var	8	94	0,2	3	55	0,1	21	185	0,4
Vaucluse	5	19	0,1	1	15	0,1	7	42	0,2
PACA	30	387	0,2	27	532	0,2	75	660	0,3
France Métropolitaine	816	5 956	0,2	225	5 544	0,2	1 399	15 336	0,5

Sources : DRASS FINESS : recensement INSEE 2006

Taux d'équipement nombre de places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) contribuent au maintien à domicile des personnes handicapées dans le cadre de la mise en œuvre de leur plan personnalisé de compensation. Leur développement est récent en PACA comme dans toute la France. Les SAMSAH sont passés de 115 places financées en 2006 à 484 en 2009 et leur répartition sur le territoire est très hétérogène : 13 territoires n'en disposent pas dont 4 en forte croissance démographique, Cavaillon, Carpentras, Brignoles, Draguignan.

Ces services à double tarif (assurance maladie et aide sociale départementale) suscitent actuellement des interrogations dans les conseils généraux. La question se pose de savoir si la gestion coordonnée d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), de compétence exclusivement départementale, avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de compétence exclusive de l'ARS, ne clarifierait pas la nature des prestations fournies et leurs financements sans que cela ne compromette la qualité de la prise en charge de l'utilisateur.

En effet, créés à l'origine pour prendre en charge les personnes âgées les SSIAD ont vu leur activité s'étendre aux personnes handicapées. Ils permettent l'intervention de l'aide soignante en complémentarité de celle de l'infirmière mais, depuis le 1er mai 2009, les autorisations de places de SSIAD sont « gelées » sur les 27 bassins de vie considérés comme sur-dotés en infirmiers libéraux, conformément à la convention nationale entre les syndicats d'infirmiers et l'Assurance maladie.

Pour les SSIAD, 6 territoires n'ont aucune place de SSIAD à destination des personnes handicapées.

Les accueils jour pour personnes âgées ou handicapées complètent l'offre à domicile pour une meilleure socialisation des personnes accueillies et le soutien des aidants. Pour la prise en charge à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le plan Alzheimer a prévu la mise en place d'équipes spécialisées au sein des SSIAD (1 en PACA).

575 places d'accueil de jour sont autorisées en PACA soit un taux de 0,3 contre 0,5 pour la France métropolitaine

Accueil de jour et hébergement temporaire par département

Données au 5 janvier 2010

	Accueil de jour			Hébergement temporaire		
	Nbre d'étb	Cap. Autor.	Taux 1000 PA.	Nbre d'étb	Cap. Autor.	Taux 1000 PA.
Alpes de Haute Provence	6	42	2.6	5	32	2.0
Hautes Alpes	5	31	2.4	5	27	2.1
Alpes-Maritimes	42	362	3.0	28	232	1.9
Bouches-du-Rhône	64	413	2.5	35	236	1.4
Var	41	232	2.2	21	80	0.8
Vaucluse	19	151	3.2	17	73	1.6
PACA	177	1 231	2.6	111	680	1.5
France Métropolitaine	2 360	13 801	2.7	2 764	11 773	2.3

Sources : DRASS FINESS : recensement INSEE 2006

Taux d'équipement nombre de places pour 1000 personnes âgées de + 75ans

33

5.3. Les structures d'insertion professionnelle

Dans le domaine de la rééducation professionnelle, l'offre régionale est manifestement déséquilibrée et traduit une situation historique à laquelle aucune programmation n'a tenté de remédier du fait des compétences croisées des services du travail, de la santé, du conseil régional dans ce domaine. Il reviendra à la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge et accompagnement médico-sociaux de mettre en place les dispositifs susceptibles de faire évoluer cette situation.

Etablissements de rééducation professionnelle par département

Données au 5 janvier 2010

	Centre de pré orientation			Centres de rééducation professionnelle			Total CPO – CRP		
	Nb étab.	Cap. Autor.	Dt UEROS	Nb étab.	Cap. Autor.	Dt UEROS	Nb étab.	Cap. Autor.	Taux équip.
Alpes de Haute Provence	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hautes Alpes	1	40	10	1	90	0	2	130	1.9
Alpes-Maritimes	2	24	0	1	125	10	3	149	0,3
Bouches-du-Rhône	1	40	10	6	404	0	7	444	0,4
Var	0	0	0	1	45	0	1	45	0,1
Vaucluse	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PACA	4	104	20	9	664	10	13	768	0,3
France Métropolitaine				225	5 544	0,2	127	9 175	0,3

Sources : DRASS FINESS : recensement INSEE 2006

Taux d'équipement nombre de places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans

Depuis 2004, plus de 700 places d'ESAT ont été créées en région. Cependant, l'écart entre le taux régional et national est resté stable dans la même période. La région a parfois eu des difficultés à utiliser les enveloppes qui lui avaient été déléguées pour la création de places d'ESAT du fait de la difficulté à trouver l'activité économique permettant la rémunération des travailleurs handicapés.

5.4. L'hébergement des adultes handicapés

Les travailleurs en ESAT ont souvent besoin d'un hébergement en foyer dont l'autorisation relève de la compétence des conseils généraux.

Des territoires très peuplés sont encore largement en dessous de la moyenne régionale : Antibes, Salon, Martigues, Draguignan, St-Raphaël-Fréjus, Arles, Carpentras. Parmi eux, certains devraient connaître une croissance démographique importante entre 2006 et 2011 : St-Raphaël-Fréjus et Carpentras.

Pour les handicapés qui ne peuvent travailler, selon le degré d'activité possible et d'autonomie, on distingue trois types d'établissements : le foyer occupationnel (ou foyer de vie), le foyer d'accueil médicalisé et la maison d'accueil spécialisé. Ces structures peuvent accueillir en activité de jour des personnes non hébergées (cf. § 2 sur l'accueil de jour).

34

Etablissements pour adultes handicapés par département,

Données au 5 janvier 2010

	MAS et FAM y compris accueil de jour			E.S.A.T.		
	Nb étab.	Capacité autorisée	Taux équip.	Nb étab.	Capacité autorisée	Taux équip.
Alpes de Haute Provence	4	110	1.4	4	329	4.3
Hautes Alpes	8	161	2.4	5	270	4,0
Alpes-Maritimes	20	722	1.3	18	1 544	2.8
Bouches-du-Rhône	37	1 149	1.1	36	2 956	2.9
Var	24	720	1.5	22	1 251	2.5
Vaucluse	10	403	1.5	14	915	3.3
PACA	103	3 265	1.3	99	7 265	2,9
France Métropolitaine	1 327	46 104	1.4	1 460	112 398	3,4

Sources : DRASS FINESS : recensement INSEE 2006

Taux d'équipement nombre de places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans

Entre 2004 et 2009, 541 places de MAS ont été créées dont 138 places seront effectivement installées en 2010. Le nombre de places de FAM a été multiplié par cinq en 6 ans (+ 1 230). 285 places pourront ouvrir au cours de l'année 2010, mais on compte encore 132 places en attente d'installation.

Des territoires très peuplés restent peu ou pas équipés : Antibes et Martigues, Fréjus, Aubagne, Aix et les espaces peu denses apparaissent plutôt bien équipés. Cependant, les territoires en forte croissance démographique pour 2006-2011 d'Aix, Aubagne, Fréjus ont des taux d'équipements inférieurs à la moyenne régionale, déjà faible.

La mise en place de plateforme de services à partir d'établissements doit permettre la prise en charge de personnes handicapées dont la nature des déficiences, les degrés d'incapacité et d'autonomie différent, tout en conciliant la technicité et la proximité de la prestation. Cette orientation déclinée dans plusieurs documents de programmation n'a pas encore été vraiment traduite dans les faits et l'offre d'hébergement est caractérisée par des établissements trop dédiés à une clientèle bien définie.

5.5. L'hébergement des personnes âgées

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

Hébergement des personnes âgées (maisons de retraite, foyers logements) SSIAD et infirmiers libéraux par département

Données au 5 janvier 2010

	MR+LF			SSIAD			Inf. libéraux	
	Nbre d'étb	Cap. Autor.	Taux 1000 PA.	Nbre de serv.	Cap. Autor	Taux 1000 PA	Nbre	Taux Pop.gén
Alpes de Haute Provence	37	2 204	138	12	458	28.7	352	227
Hautes Alpes	27	1 575	124	10	468	36.7	266	203
Alpes-Maritimes	214	14 001	115	41	2 483	20.4	2 182	203
Bouches-du-Rhône	242	18 484	113	63	2 977	18.1	5 257	271
Var	185	11 624	112	27	1 766	17.1	2 493	253
Vaucluse	79	5 494	117	15	987	21.0	955	179
PACA	784	53 382	115	168	9 139	19.6	11 505	239
France Métropolitaine	10 081	695 569	136	2 020	100 951	19.7	89 653	146

Sources : DRASS FINESS : recensement INSEE 2006

Taux d'équipement nombre de places pour 1000 personnes âgées de + 75ans

Taux infirmiers pour 100.000 habitants ADELI redressé au 1 janvier 2010

Aux 663 maisons de retraite (46 627 places) et 121 logements foyers (6 755 places), il convient d'ajouter 40 USLD (1 723 places). Les taux d'équipement sont, tout type d'établissement confondu, inférieurs au niveau national.

Dans le cadre d'une appréciation plus globale de la filière gériatrique, on observe que :

- la densité en infirmiers libéraux est 63% au dessus de la moyenne nationale en région et +85% pour les Bouches du Rhône.
- avec 11 016 lits et places, la région PACA dispose d'un taux d'équipement en soins de suite de 2.27 lits et places pour 1000 habitants contre 1.61 pour la France métropolitaine).

Sauf situation particulière locale, les capacités d'hébergement sont globalement satisfaisantes et il convient de tenir compte d'une éventuelle réduction des durées moyennes de séjours qui augmente mécaniquement les capacités disponibles.

La réponse aux besoins passe par le renforcement des moyens des établissements tant pour les soins que pour l'accompagnement des personnes hébergées.

La mise en œuvre du plan Alzheimer verra le développement au sein des établissements des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcé (UHR).

5.6. Les établissements et services prenant en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD)
- les appartements de coordination thérapeutique (ACT)
- les structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS)

Etablissements et services pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques par département

Données au 5 janvier 2010

	CSST	CCAA	CAARUD	ACT		LHSS	
				Nbre d'étb	Cap. Autor.	Nbre d'étb	Cap. Autor.
<i>Alpes de Haute Provence</i>	1	1	1	0	0	1	4
<i>Hautes Alpes</i>	1	1		0	0	0	0
<i>Alpes-Maritimes</i>	9	3	2	3	48	1	36
<i>Bouches-du-Rhône</i>	17	8		2	76	5	55
<i>Var</i>	7	2	1	3	34	1	4
<i>Vaucluse</i>	1	1	5	1	11	1	7
PACA	36	16	2	9	169	5	106
France Métropolitaine	322	303					

36

Les CSAPA vont être créés prochainement par transformation des centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) existants.

L'état des lieux et les perspectives d'évolution des structures de prise en charge des addictions font l'objet d'un schéma régional qui prend en compte le dispositif de prévention, de soins et de prise en charge médico-sociale (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA - et centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue - CAARUD). Il a été arrêté conjointement par le directeur de l'ARH et le préfet de région en mars 2010.

Le développement des appartements de coordination thérapeutique (ACT) et des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) résultent d'un appel d'offre national.

Faits marquants

Enfants en situation de handicap

- Historiquement, les taux d'équipement des établissements pour enfants-adolescents handicapés sont inférieurs à la moyenne nationale, quelle que soit la déficience. Depuis 2004, ces TE sont stables : l'augmentation des capacités ne compense pas la croissance démographique observée depuis 2000.
- Les SESSAD sont, pour notre région, la catégorie la moins éloignée de la moyenne nationale en 2009, grâce à un effort ciblé d'augmentation des capacités, permettant de privilégier la scolarisation de droit commun des enfants en situation de handicap.
- Les établissements se recentrent de ce fait sur l'accueil des jeunes les plus lourdement handicapés.
- De très fortes disparités infra-territoriales sont constatées.
- L'équation « multiplicité des déficiences / technicité / proximité » oriente vers des plateformes de services à partir des établissements.

37

Adultes en situation de handicap

- Comme pour les enfants, la mise en place de plateforme de services demandée dans plusieurs documents de programmation n'a pas encore été vraiment traduite dans les faits et l'offre d'hébergement est caractérisée par des établissements trop dédiés à une clientèle bien définie.

Personnes âgées

- L'offre médico-sociale doit être appréciée en tenant compte de l'offre ambulatoire (IDEL) et hospitalière (SS) et non sur la base d'un « rattrapage du taux national ».
- Sauf situation locale, les capacités d'hébergement sont globalement satisfaisantes (TO non saturés). L'élévation de l'âge d'entrée en EHPAD et la réduction des DMS augmente mécaniquement les capacités disponibles.
- La priorité est désormais au renforcement des moyens des établissements pour les soins et l'accompagnement des PA hébergées, plus qu'à la création de places nouvelles.
- Les accueils de jour pour personnes âgées ou handicapées complètent l'offre à domicile pour une meilleure socialisation des personnes accueillies et le soutien des aidants. Leur développement est prévu dans le PRIAC.
- Pour la prise en charge à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le plan Alzheimer a prévu la mise en place d'équipes spécialisées au sein des SSIAD (1 en PACA)

6. Regards transversaux

6.1. La prise en charge des cancers

La publication d'un certain nombre de textes réglementaires a imposé de réviser le volet du SROS relatif au traitement du cancer. En effet, ces textes précisent les modalités de mise en œuvre de l'autorisation de pratiquer l'activité de traitement du cancer.

Ces textes sont les suivants :

- Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 ;
- Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 ;
- Arrêté du 29 mars 2007 ;
- Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 ;
- Circulaire DHOS/INCA/2008/101 du 26 mars 2008 ;
- Critères d'Agrément publiés par l'INCA le 18 juin 2008.

Parmi les critères d'agrément les critères transversaux de qualité font partie intégrante de la décision d'autorisation. Ainsi, pour être autorisé à pratiquer le traitement du cancer, quelle qu'en soit la technique, l'établissement doit disposer d'une organisation qui assure à chaque patient :

- l'annonce du diagnostic et une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire selon des modalités conformes aux référentiels de prise en charge définis par l'Institut national du cancer et traduite dans un programme personnalisé de soins remis au patient ;
- la mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique définis par l'Institut national du cancer ;
- l'accès aux soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux et s'il y a lieu, la démarche palliative ;

Pour la prise en charge des adultes atteints de cancer, en matière de radiothérapie, chimiothérapie ainsi que pour 6 spécialités chirurgicales des seuils ont été définis :

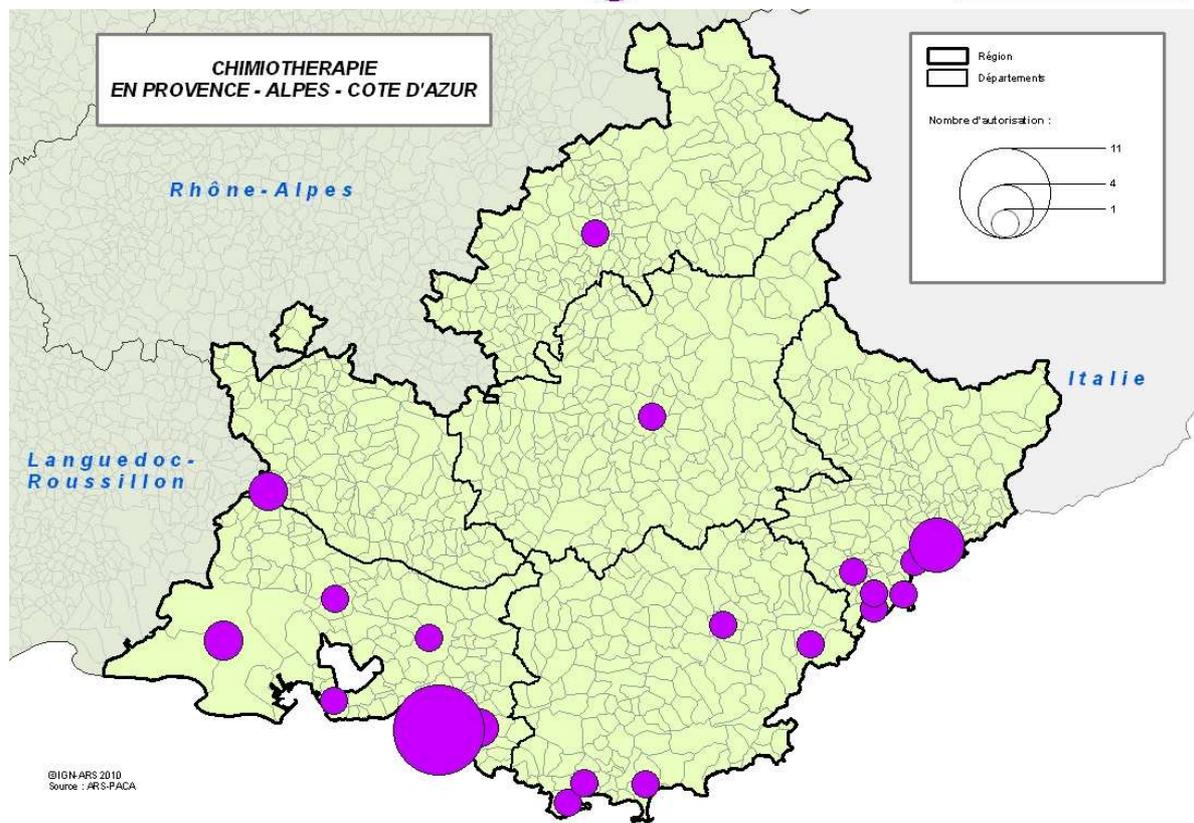
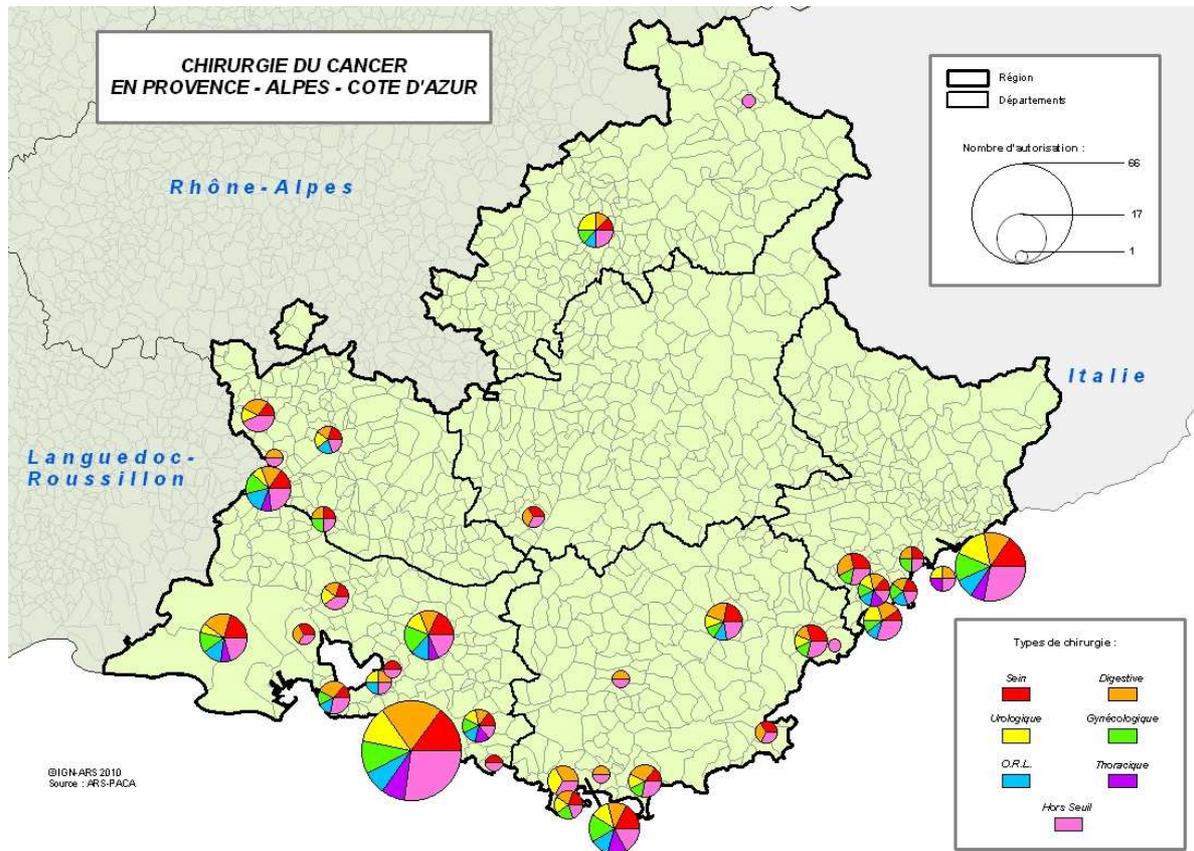
Ces seuils sont au minimum de 600 patients par an en radiothérapie, 80 patients par an en chimiothérapie et concernent un minimum d'actes chirurgicaux au nombre de 30 actes par an pour la chirurgie des cancers mammaires, digestifs, thoraciques et urologiques, au nombre de 20 actes par an pour la chirurgie des cancers ORL et des cancers gynécologiques. Des critères d'agrément spécifiques à chaque spécialité établissent les exigences requises en fonction du type de prise en charge.

Tous les établissements autorisés font partie au moins d'un centre de coordination en cancérologie, il existe 15 3C dans la région Paca.

Les 3C sont coordonnés par le réseau régional de cancérologie Oncopaca Corse qui s'assure notamment du bon fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaires et qui réalise des audits de contrôles sur la qualité de ces réunions, sur l'application des référentiels et sur la mise en place du dispositif d'annonce.

Tous ces éléments expliquent les modalités qui ont prévalu à la délivrance des autorisations sachant notamment que l'atteinte des seuils s'impose pour chaque site détenteur de **PSRS, offre de santé – Novembre 2010**

l'autorisation et ne peut être globale pour les établissements ou regroupements juridiques multi sites.



Ce sont au total 95 structures (établissement de santé ou centre de radiothérapie) qui ont reçu une ou plusieurs autorisations dans le cadre du traitement du cancer. Le traitement chirurgical des cancers du sein est effectué dans 50 établissements, celui des cancers digestifs dans 58 établissements, celui des cancers urologiques dans 36 établissements et les cancers gynécologiques dans 34 établissements. Pour les cancers ORL et cancers du thorax, seuls 25 et 15 établissements détiennent une autorisation.

En chimiothérapie 36 établissements de santé sont autorisés. L'administration de la chimiothérapie peut cependant être effectuée dans une structure proche du domicile (« établissement associé ») dans le cadre d'une convention entre cette structure et l'un des 36 établissements autorisés.

11 centres de radiothérapie sont autorisés dans la région, le centre des Hautes Alpes situé à Gap bénéficie d'une dérogation temporaire et intégrera la structure juridique équipée d'au moins deux accélérateurs de particules détenant une autorisation. Enfin 6 établissements ont été autorisés à l'utilisation thérapeutique des radioéléments en source non scellées.

Pour la prise en charge des enfants atteints de cancer seuls les deux centres hospitaliers universitaires sont autorisés à réaliser les prises en charge nécessaires au traitement de ces jeunes patients.

6.2. Périnatalité et petite enfance

6.2.1. La périnatalité

6.2.1.1. Etablissements d'obstétrique et de néonatalogie de la région PACA

La très grande majorité des femmes accouche en établissements de santé ; les accouchements à domicile « volontaires » seraient de l'ordre d'une centaine par an ; noter que les accouchements inopinés sont réglementairement déclarés par l'établissement qui pratique la délivrance.

La région PACA compte en 2010, 43 maternités effectuant 59 000 accouchements : 29 publiques et 14 privées (dont 2 établissements à but non lucratif).

Depuis 1998, deux décrets ont organisé l'offre de soins en périnatalité ; il existe une graduation des soins organisée sur le plan territorial, qui doit permettre à chaque gestation de bénéficier d'un suivi ou d'une orientation adaptés à chaque cas. Ce sont les réseaux de périnatalité qui sont chargés de mettre en œuvre ces complémentarités entre les structures.

Le niveau de soins pour chaque maternité a été déterminé en fonction de l'offre en pédiatrie/néonatalogie :

- niveau 1 : l'établissement de santé assure la prise en charge de la grossesse, identifie les facteurs de risque et oriente s'il y a lieu, assure l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement (...)
- niveau 2 : en plus de ces missions, l'établissement de santé dispose d'un service de néonatalogie : surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

- sans soins intensifs = niveau 2A
- avec soins intensifs = niveau 2B

L'établissement de niveau 2 doit assurer toutes ses missions de niveau 2 et de niveau 1

- niveau 3 : l'établissement dispose
 - d'une réanimation néonatale = surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux
 - d'un service de néonatalogie avec soins intensifs

Ce qui lui permet d'accueillir des grossesses à haut risque et des nouveaux nés de l'intérieur comme de l'extérieur présentant des pathologies sévères ou modérées justifiant de la réanimation, des soins intensifs ou de la néonatalogie ;

L'établissement de niveau 3 doit assurer toutes les missions de niveau 3, de niveau 2 et de niveau 1, ce qui veut dire que les maternités de niveau 3 ont également des missions de maternité de proximité, pour des grossesses à bas risque.

En région PACA, trois maternités de niveau 3 : CHU Nice, AP-HM Marseille Nord et Marseille Conception

Ces établissements disposent de réanimation néonatale, soins intensifs et néonatalogie, ce qui leur permet de recevoir les grossesses à risques et d'effectuer les prises en charge les plus difficiles. Leur principale difficulté est d'assurer leur mission de maternité de proximité, en raison d'une activité déjà forte et d'une demande marquée de la population notamment parce que les autres maternités des agglomérations marseillaise ou niçoise ne sont pas publiques :

- Nice : cliniques St Georges et Santa Maria et St Jean :
- Marseille : cliniques Bouchard, Beauregard et St Joseph (établissement à but non lucratif mais à honoraires médicaux libéraux)

NB : L'affirmation d'absence de maternité de type 1 dans l'agglomération marseillaise n'est pas pertinente puisque toutes les maternités de la zone ont une mission de type 1 ou plus ;

Afin de favoriser le transfert de patientes de l'hôpital Nord vers l'hôpital Beauregard, une convention a été signée avec la PMI pour orienter les femmes vers Beauregard avec l'engagement de cette structure d'y pratiquer les honoraires opposables sans dépassement. A préciser

15 maternités de niveau 2, c'est-à-dire disposant de

- néonatalogie simple (2A) 8 maternités
- de néonatalogie avec soins intensifs (2B) 7 maternités dont la maternité de la Clinique Santa Maria, elle-même de niveau 1, mais qui fonctionne actuellement comme une maternité 2B, puisqu'elle se trouve sur le même site que l'hôpital pédiatrique Lenval qui assure la prestation de prise en charge des nouveau-nés en niveau 2B.

Les particularités de ces structures :

- les maternités de niveau 2A : assurent une prise en charge de néonatalogie sans être obligées de disposer de personnel médical présent 24/24. C'est le dispositif minimal souhaitable à l'avenir. De fait certaines maternités de niveau 1 situées dans des hôpitaux généraux disposant de services de pédiatrie, fonctionnent comme des niveaux 2 car elles utilisent leurs pédiatres pour des prestations de néonatalogie considérées comme de la pédiatrie (au bénéfice des mères qui ne sont pas séparées de leurs bébés et de l'assurance maladie).
- Les maternités de niveau 2B : assurent en plus du reste, des soins intensifs qui les rapprochent de la réanimation plus que de la néonatalogie. En effet, la limite entre les soins qui relèvent de l'un ou l'autre est encore peu claire. Les représentants au niveau national dans le cadre du GEN travaillent à la clarification des missions respectives de la réanimation et des soins intensifs.

Certaines de ces maternités en PACA ouest, déplorent l'absence de retransfert des nouveaux nés à partir des établissements de niveau 3, après la phase de réanimation.

24 maternités de niveau 1

Ce « niveau 1 » recouvre des situations bien différentes :

- des maternités au sein d'hôpitaux généraux effectuant de fait des prestations de niveau supérieur du fait de l'existence d'un service de pédiatrie : les centres hospitaliers de Brignoles, Hyères, La Ciotat, Arles... Les CH de Salon et Aubagne sont passés de niveau 1 à 2 respectivement en 2010 et 2007.
- Des maternités fragiles ne disposant plus de service de chirurgie :
 - soit à activité réduite (Valréas Apt)
 - soit ayant encore une activité mais compromise à terme (Pertuis)

A ces difficultés centrées sur le département du Vaucluse, s'ajoutent des difficultés de recrutement de personnel médical dans les maternités de taille moyenne (Orange, Carpentras et Cavaillon).

La régulation est effectuée par les professionnels chargés d'adresser leurs patientes en cours de gestation dans les maternités correspondant à leurs facteurs de risque en cours de grossesse. Ce sont les réseaux qui doivent favoriser les transferts, et notamment pour le réseau « Périnat sud » qui couvre la plus grande partie de PACA, il existe une cellule spécifique de régulation des transferts des femmes en cours de gestation, des nouveaux nés et des re-transferts des bébés auprès de leurs mère. Cette cellule fonctionne avec 4 ETP de sages femmes au sein du SAMU 13. Elle fonctionne en principe en journée 7jours/7. Toutefois, à la moindre absence, elle est contrainte de fermer.... Le SAMU 84 assure directement ces transferts.

3 centres périnataux de proximité

Ils sont situés à Menton, Embrun et Sisteron + + un quatrième de fait à Valréas, malgré la réouverture théorique de la maternité.

Ils ont été créés suite aux fermetures de petites maternités dans des territoires de santé nécessitant. Une évaluation de leur fonctionnement mérite d'être actualisée, notamment sur la gestion et l'investissement de la maternité de rattachement.

Les 4 réseaux de périnatalité :

Les 2 réseaux géographiques couvrent la région mais également la Corse et Monaco :

- PERINAT sud : PACA ouest + Corse du sud
- Sécurité Naissance : départements Alpes Maritimes et Var est, Corse du Nord et Monaco

De plus en plus les réseaux ont des projets communs (xxx) voire même développés avec la région Languedoc Roussillon comme le site internet ... ; qui offre un accès grand public et un accès professionnel

Le suivi des nouveaux nés vulnérables est intégré au réseau Sécurité Naissance ; en revanche, pour PACA ouest, ce suivi particulier est effectué au sein d'un réseau différencié « Naître et Devenir ».

Enfin sur le territoire Nord Vaucluse a été créé un réseau de proximité : NOVANAT qui a vocation à rejoindre une plate-forme multithématique sur ce même territoire, dont certains acteurs contribuent au centre périnatal.

Ils ont dans l'ensemble une bonne dynamique et répondent au cahier des charges des réseaux de périnat ; Fragilité liée pour le réseau périnat sud à sa gestion directe par l'APHM et pour le réseau sécurité naissance à l'insuffisance d'investissement du CHU de Nice.

Naître et devenir est actuellement la seule source de données sur le devenir des grands prématurés de la zone PACA ouest.

6.2.1.2. Les plans de périnatalité

Le dernier plan périnat a contribué à mettre à niveau des décrets le personnel de ces établissements. Il a également créé des postes de psychologues dans les maternités, mais détachés des secteurs de psychiatrie, sauf sur Arles où le personnel était déjà en place. Il a créé des postes de sages femmes en MIGAC, pour assurer les entretiens prénataux précoces. Ces postes restent fragiles car sont utilisés en tant que de besoin par les établissements pour l'activité d'obstétrique de base.

Les enjeux prochains :

- concilier l'accès de proximité avec la sécurité des soins ; démarche difficile qui nécessitera de convaincre les usagers de la nécessité d'un certain éloignement pour assurer une sécurité minimale
- anticiper la réfaction des professionnels de la périnatalité :
 - astreintes pédiatriques des maternités de type 1 : à faire évoluer en formant sages femmes et anesthésistes à la prise en charge des nouveaux nés en salle de travail
 - transferts de compétence : des GO vers les SF et les MG
- suivi des réseaux géographiques qui doivent poursuivre leur travail de collaboration ; une réunification est à envisager
- gros problème de la périnatalité : l'absence de données fiables et suivies aussi simple que le recueil permanent et exhaustif des termes, poids de naissance et pathologies des mères, avec chaînage des données.

Interruptions volontaires de grossesse

Cette activité de soins nécessite soit une autorisation d'obstétrique soit une autorisation de chirurgie. La région PACA déclare 22 600 IVG en 2008, réparties sur 42 établissements d'obstétrique et 12 établissements de chirurgie.

PSRS, offre de santé – Novembre 2010

Elle est depuis 2007, la 1^{ère} région de France métropolitaine pour le taux d'IVG, (20,5 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans). Les chiffres sont stables depuis quelques années. La tendance est à la diminution des IVG en établissements au profit des IVG médicamenteuses effectuées en ville par des praticiens conventionnés. (3,8% en 2005 et 10,8% en 2008)

La pratique de l'IVG nécessite un suivi particulier, en raison d'une offre fragile : seuls les établissements publics ont obligation de maintenir une réponse à une demande d'IVG. Les établissements privés offrent une réponse si les praticiens qui y exercent le souhaitent : gynéco-obstétriciens libéraux pour leur clientèle, particularité marseillaise : la clinique Vert Coteau chirurgicale, qui assurait il y a 10 ans 1300 IVG et dont l'activité va disparaître avec la retraite du dernier praticien.

La fermeture de petites maternités privées, ou la restructuration d'établissements chirurgicaux, a conduit les services publics à se réorganiser pour répondre à une forte demande. C'est notamment le cas de l'APHM à Marseille, sur les deux sites de Nord et Centre. (nbre IVG) Les deux jeunes praticiens responsables de ces centres IVG ont développé conjointement avec des médecins libéraux, un réseau formalisé « IVGEV13 », avec une aide financière du FIQCS (logiciel, secrétariat, aide au remplissage des formalités, réunions de formation et d'échanges).

En revanche, certains sites d'établissements publics n'ont pas développé de dynamique auprès des jeunes praticiens et risquent de se trouver rapidement confrontés à des difficultés lors du départ des plus anciens

Le numéro vert régional financé par le programme 9 du PRSP est une plate forme de réponse téléphonique aux personnes ayant des questions sur sexualité, contraception, IVG... les répondants sont des intervenants de planning familial de la région.

Etablissements autorisés pour les activités d'Assistance médicale à la Procréation

8 centres clinico-biologiques assurant une offre de la quasi totalité des activités en AMP.

- 3 à Marseille (2 ex DGF + 1 ex-OQN)
- 1 à Aix (structure mixte hôpital public + laboratoire privé)
- 1 à Avignon (ex OQN)
- 1 à Toulon (ex OQN)
- 2 à Nice (1 ex DGF + 1 ex OQN)

Ainsi : 4 territoires ne disposent pas de structures d'offre globale : Alpes de Hte Provence, Hautes Alpes, Var est et Alpes Maritimes ouest

10 laboratoires privés autorisés pour le traitement de sperme en vue d'insémination artificielle, non harmonieusement répartis sur le territoire.

Les dons de gamètes ne sont autorisés que dans le service public :

- dons de spermatozoïdes (les 2 CHU)
- dons d'ovocytes (CHU de Nice)

Etablissements autorisés pour le diagnostic prénatal ou DPN Cf annexe 4

3 CPDPN ou centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

- CHU Marseille Nord
- CHU Marseille Timone
- CHU Nice

Le dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques fait l'objet de 5 autorisations dont une seule publique (Hôpital Nord) mais de nombreux examens sont traités sur Paris. Un arrêté du 23 juin 2009 prévoit un dépistage combiné à l'échographie. Le diagnostic de maladies infectieuses est effectué dans les 2 CHU. Les activités de cytogénétique et génétique moléculaire en prénatal, concernent 8 établissements de Marseille, Toulon et Nice.

Perspectives immédiates volet périnatalité du schéma d'organisation des soins

Pour l'activité d'obstétrique, les perspectives sont les suivantes :

- création d'un centre périnatal de proximité sur le CH de Valréas dont la mise en place est prévue au 1er octobre 2009.
Le Centre Hospitalier d'APT, dans le cadre des travaux de son futur projet d'établissement, réfléchit sur la fermeture de sa maternité, en parallèle des réflexions menées sur l'arrêt d'activité de chirurgie.
Des restructurations sont attendues sur le territoire Var ouest, concernant les établissements de Toulon, La Seyne et Hyères.
- les volets AMP et DPN sont à créer.
Le SROS génétique concernera les autorisations de diagnostic génétique à des fins médicales en post natal. Ces autorisations étaient jusqu'à présent sous compétence préfectorale. Depuis le 4 avril 2008, il est prévu que ces activités fassent l'objet d'un volet du SROS. Ce schéma sera intégré au volet périnatalité, et plus particulièrement traité avec les activités de génétique en DPN, qui concernent pour partie les mêmes intervenants.

6.2.2. La petite enfance

Eduquer, prévenir, dépister sont des missions cruciales à cet âge de la vie. Conjointement aux pédiatres et aux médecins généralistes, ces missions sont assurées notamment par la PMI et l'Education Nationale.

6.2.2.1. Les pédiatres

Comparée aux autres régions de France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est bien dotée en pédiatres libéraux. Au 1er janvier 2006, la région compte 332 pédiatres libéraux, soit une densité supérieure de 55 % et de 8 % aux densités moyennes de la France. Mais cette offre de soins se concentre fortement dans les zones les plus urbanisées, en particulier côtières. En outre, comme au plan national, cette population vieillit : les pédiatres de la région sont âgés en moyenne de 50 ans et près d'un sur trois a plus de 55 ans.

A partir de 2010, la diminution des pédiatres (libéraux et hospitaliers) va s'accroître pour conduire à un effectif de 559 au 1er janvier 2020, soit une réduction de 14 % de l'effectif de 2005.

Les Médecins généralistes compensent de plus en plus le déclin démographique des pédiatres et la prévention des déserts médicaux est donc importante aussi à ce titre. Ceci conduit également à souligner l'importance qu'il y aurait à renforcer la formation en pédiatrie des médecins généralistes.

6.2.2.2. La PMI a pour rôle d'organiser :

- des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants
- des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;
- la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles.

En considération de ces rôles majeurs, la PMI doit être une attention prioritaire des Conseils Généraux et de l'ARS.

6.2.2.3. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves,

Dépendant du Ministère de l'Education nationale, il doit notamment organiser une visite médicale de tous les enfants scolarisés. De même, cette visite est importante eu égard à son potentiel de dépistage et d'orientation.

6.2.2.4. Les CAMSP

Ils assurent des missions de dépistage, orientation et prise en charge à la frontière entre sanitaire et médico-social (20% financement CG) et sont également à valoriser voire à conforter.

6.2.2.5. L'offre sanitaire pédiatrique

19 établissements de santé en PACA ont une unité ou un service de pédiatrie ; cette offre est concentrée sur les départements à forte densité de population. Les services spécialités de médecine ou chirurgie sont essentiellement à Nice et Marseille, avec une offre partielle sur Aix, Toulon et Avignon.

2 structures accueillent des jeunes enfants (< 6 ans) en soins de suite et réadaptation (ex pouponnières) à Bandol et une unité dans les Alpes Maritimes rattachée à Lenval.

Les soins de suite et réadaptation : La région PACA dispose de 18 structures qui accueillent des enfants en soins de suite et de réadaptation. La majeure partie de ces établissements pour enfants est implantée dans deux départements de PACA : les Hautes Alpes, avec 9 structures et le Var avec 8 structures. Il existe également 1 structure dans les Alpes Maritimes.

Des réseaux viennent en appui à la prise en charge de handicaps spécifiques :

Resal vise à améliorer le dépistage, la qualité et la rapidité de prise en charge des enfants et des jeunes souffrant de surdité (0 à 25 ans) en coordination ville-hôpital.

Handimômes couvre les Bouches du Rhône et le Var. Il vise l'amélioration de la prise en charge des enfants et adolescents atteints de handicap moteur et de polyhandicap.

Resodys est un réseau régional assurant le bilan et la prise en charge des troubles sévères d'apprentissage. Ce réseau a récemment infléchi son orientation pour aller davantage vers le dépistage et l'orientation de cas plus courants.

6.3. L'offre en santé mentale

6.3.1. Les caractéristiques de l'offre en santé mentale :

- Une offre libérale importante en psychiatres, mais comme pour les autres disciplines, inégalement répartie entre les départements et à l'intérieur des départements.
- Une offre hospitalière¹ importante en psychiatrie générale avec une moyenne régionale (1,82 lits et places) supérieure à la moyenne nationale (1,48 lits et places) et un peu inférieure (0,83 lits et places) à la moyenne nationale ((0,93 lits et places) en pédopsychiatrie,
- Des actions innovantes mais localisées, sur la prise en charge des personnes en situation de précarité (ville de Marseille ; EMPP)
- Des inégalités dans les moyens alloués aux établissements (écarts allant de 1 à 3 au niveau de la DAF rapportée à la population des territoires), dont la correction est difficile

47

6.3.2. Des problématiques identiques à celles retrouvées au plan national :

- L'absence de références nationales consensuelles sur un « équipement minimal type par secteur psychiatrique » ;
- Une insuffisance des alternatives à l'hospitalisation complète et des structures d'aval médicosociales ; l'enquête 2007 (présents au 31 décembre 2007, dans le cadre du suivi du SROS 2006) montre que 19% des patients séjournent depuis plus de 292 J2 ; parmi eux 70 % pourraient bénéficier d'un autre mode de prise en charge, dans une structure sanitaire ou médico-social ;
- Des problèmes d'accès aux soins des personnes précaires et sans chez soi : le nombre de personnes sans-abri est évalué à environ 15 à 20 000 en région PACA par MDM, et entre 2 000 et 5 000 à Marseille (rapport EMPP 2008 - DDASS 13) ;
- Des difficultés d'accès au logement et à l'insertion sociale ;
- Une demande importante de soins psychiatriques pour les personnes détenues ; les rapports annuels 2008 des U.C.S.A. font état de 42 600 consultations psychiatriques et 67 600 consultations infirmières, et de 727 hospitalisations psychiatriques (dont 257 HO-D398) ;
- Une évolution des hospitalisations sans consentement sur 10 ans avec diminution des HDT totales (moins 11%), mais augmentation des HDT en situation de péril imminent (près de 20%) et une augmentation des HO (plus 8%), avec une augmentation majeure concernant les personnes détenues (+ 42%) :

DONNEES des rapports annuels de la CDHP	PACA		Evolution	
	2000	2009	2009/1999	
Total HDT	4	975	4470	-11,3%
dont Nb HDT péril imminent /art L3212-3 (ex-art 333-2)	2	739	3421	19,9%
Tot HO	945	1027		8,0%
dont Nb HO urgentes (D343 mesures provisoires/ L 3212-2)	488	528		7,6%
Nb HO D 398 CPP = HO pour un détenu	215	371		42,0%

C.D.H.P. commission départementale des hospitalisations psychiatriques

¹ STATISS 2009 P.A.C.A.

² Référence à la définition des « séjours longs » dans la statistique annuelle S.A.E. et le R.I.M. Psy

- Une faible attractivité pour les postes d'infirmiers en psychiatrie avec 8% de postes vacants (enquête DRASS 2006).

6.4. L'addictologie

6.4.1 L'offre spécifique

Elle comprend les structures ambulatoires médico-sociales, CSST, CCAA, CAARUD mais également les ELSA, dispositif sanitaire. Leur articulation avec l'ensemble des autres structures intervenant dans la prise en charge en addictologie (établissements sanitaires, SSR, médecine de ville, réseaux de santé) est indispensable pour compléter le parcours du patient.

48

6.4.1.1 CSST et CSAPA

CSST = centres de soins aux toxicomanes (évoluent en CSAPA en 2010)

CSAPA = centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Ambulatoire

25 structures, dont 20 CSST ambulatoires, 4 CSAPA généralistes et 1 CSAPA spécialisé dans les drogues illicites ont eu une file active de 12 627 personnes en 2009. Parmi elles, se trouvaient 6 140 nouveaux patients, population majoritairement jeune et masculine. Certaines structures ambulatoires ont des capacités d'hébergement d'urgence ou de transition.

Hébergement

10 CSST, dont 8 travaillent également en ambulatoire et 2 exclusivement en hébergement, ont eu une file active de 1 365 personnes en 2009.

Milieu pénitentiaire

5 CSST interviennent en milieu pénitentiaire et ont eu une file active de 2 127 personnes en 2009.

6.4.1.2. CCAA (centres de cure ambulatoire en alcoologie)

14 CCAA sont répartis sur l'ensemble des territoires de santé. Ils disposent d'antennes afin d'optimiser la couverture de prise en charge. Ils ont eu en 2009 une file active de 6 345 personnes dont 2 610 nouveaux patients. La population masculine de 40 à 49 ans y est prépondérante.

Ces structures évoluent également vers des CSAPA.

6.4.1.3. CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues)

13 CAARUD sont implantés dans la région. Le territoire de santé Alpes Nord est actuellement dépourvu. La file active de ces centres a été de 6320 patients en 2009.

6.4.1.4. CJC : consultations de jeunes consommateurs

On recense 16 CJC dans la région.

6.4.1.5. ELSA (équipes de liaison et de soins en addictologie)

Ces équipes interviennent dans les services hospitaliers non dédiés à l'addictologie pour y permettre une prise en charge adaptée aux besoins des patients.

PSRS, offre de santé – Novembre 2010

14 équipes ont pris en charge 6 157 patients en 2009.

6.4.2 L'offre « non spécifique »

6.4.2.1. Les centres hospitaliers

Les services hospitaliers de médecine effectuent des sevrages avec l'appui des ELSA. Certains CH ont des lits spécialisés d'alcoologie dans le cadre de services de gastro-entérologie. Les Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ont des services ou des lits d'addictologie et supportent généralement des services spécifiques.

6.4.2.2. Les établissements privés

Différents établissements privés, classés en SSR ou en maison de santé mentale, sont spécialisés dans les sevrages d'addictologie.

6.4.2.3. Les médecins généralistes

La prise en charge d'addictions, à laquelle sont confrontés la plupart des médecins généralistes, nécessite un soutien et le développement de compétences. Des réseaux addictologie couvrent la plupart des territoires à l'exception du département du Var. De plus, dans les Bouches du Rhône, des microstructures, antennes d'un réseau d'addictologie, sont implantées dans le cabinet de certains médecins généralistes.

Les microstructures, correspondent à la mise en place au sein du Cabinet médical de consultations psychologiques et sociales hebdomadaires permettant le suivi d'usagers qui ne souhaitent pas intégrer le dispositif institutionnel, et/ou d'accueillir en relais des personnes stabilisées qui n'ont plus nécessité d'être suivi en CSAPA. Chaque microstructure développe son propre partenariat local avec des centres spécialisés, afin de favoriser l'accès aux traitements par méthadone et d'améliorer le dépistage et le traitement des hépatites C.

6.4.3. Le Schéma régional d'addictologie

Adopté à l'été 2010, son application doit permettre de structurer l'addictologie de façon plus efficiente à l'horizon 2015.

Principaux objectifs en prévention :

- développer l'offre de prévention
- assurer une coordination locale des actions de prévention avec mise en place de chargés de programmes compétents pour mettre en œuvre un dispositif sur un territoire donné.
- améliorer les coopérations entre décideurs publics
- avoir des outils d'évaluation communs
- mieux prendre en compte les besoins du terrain

Principaux objectifs en pris en charge :

- Nécessité de coordonner et d'animer le dispositif en créant du lien entre les différents acteurs.
- Le pilotage au niveau régional doit s'assurer que la répartition des ressources correspond aux besoins :
 - o Organisation territoriale de soins gradués en établissement de santé : niveaux 1 de proximité, 2 de recours et 3 de référence.
 - o Accompagner l'évolution des CSST et CCAA en CSAPA généralistes
 - o Désigner, pour chaque établissement pénitentiaire, un CSAPA référent
 - o Permettre une véritable accessibilité au dispositif de réduction des risques

Exemple territorial : organisation prévue à 5 ans, Bouches du Rhône nord

Etablissements de santé

Niveau 1

- 1 ELSA au CH d'Aix avec un renforcement pour assurer la couverture de Pertuis et la mise en place de consultations pour les addictions comportementales.
- 1 ELSA renforcée au CH de Salon en lien avec le CH de Montperrin.

Niveau 2

- CH d'Aix en partenariat avec le CH de Montperrin qui fera évoluer son service d'alcoologie vers les différentes addictions
- Prise en charge des patients en SSR effectuée dans le territoire de santé 6 (établissement de Saint Barnabé) et le territoire 9 (CH de Montfavet sous réserve de l'installation du SSR)

Secteur médico-social

CSAPA

- 3 CSAPA généralistes sur Aix dont 1 avec hébergement. Il faudra assurer la couverture des besoins sur Pertuis et envisager la possibilité d'une antenne sur Vitrolles
- 1 CSAPA généraliste sur Salon.

CAARUD

1 CAARUD pour les 2 territoires de proximité.

Ville

- Réseaux Aix-Tox et RESAD 84 à Pertuis
- 3 microstructures situées à Aix, Salon et Vitrolles.

Milieu pénitentiaire

Maison d'arrêt de Luynes et Centre de Détention de Salon : sur chacun des établissements, coordination assurée par l'UCSA et le SPAD, dans le cadre du volet addictologie du projet médical.

La prise en charge s'effectue en lien avec le CSAPA généraliste «autonomisé» à partir du CSST du CH de Montperrin.

Faits saillants addictologie

En prévention

Les actions de prévention des addictions en région PACA couvrent un champ d'activité allant de la prévention à la réduction des risques. L'activité de prévention est mise en œuvre par de nombreuses associations, spécialisées en addiction ou au contact des publics visés par la prévention. La prévention des addictions en milieu scolaire, pilotée par l'Education

PSRS, offre de santé – Novembre 2010

nationale, est bien structurée. L'investissement de villes, de Conseils Généraux et de la Région dans la prévention est également acquise, sur la base de leurs propres dispositifs ou en partenariat avec l'Etat.

Toutefois il n'y a pas de consensus sur la définition, les modèles théoriques, les modalités d'intervention et les outils de la prévention des addictions. La coordination entre les différents programmes de prévention est faible et ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble de l'activité, de la couverture territoriale et de la population rejointe. Par ailleurs l'intervention précoce et l'intervention brève, nouveaux outils d'action entre la prévention et la prise en charge sont à développer.

En prise en charge

- manque de lits pour effectuer les soins et sevrages complexes
- manque d'accès aux soins psychiatriques
- faible nombre de médecins généralistes acceptant de suivre les patients dépendants
- problématique d'accès aux soins dentaires et gynécologiques
- sur le plan social les manques sont très nombreux avec les problèmes « classiques » des populations précaires : accès à une couverture sociale, accès à l'hébergement et au logement. La dépendance est un facteur de précarité très important et les personnes souffrant d'une addiction demandent un accompagnement individualisé renforcé
- manque de formation sur les addictions pour les travailleurs sociaux, les soignants, les enseignants. Peu d'équipes sont aujourd'hui spécialisées en addictologie
- zones territoriales mal couvertes
- La multiplicité des dispositifs est un atout mais également une difficulté. Les médecins de ville ont des difficultés pour suivre les usagers de drogue. En matière d'alcoologie, ils ne sont pas formés au repérage précoce.
- L'articulation entre les dispositifs médico-sociaux (CSAPA- CAARUD) et l'hôpital est souvent insuffisante.

Annexe

Objectifs quantifiés d'offre de soins

Le potentiel d'offre de soins des établissements sanitaires a toujours fait l'objet d'un encadrement administratif. Historiquement, cet encadrement était assuré par la carte sanitaire qui définissait par territoire sanitaire les capacités maximales en lits de médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite.

Depuis l'ordonnance du quatre septembre 2003 qui a supprimé la carte sanitaire, le SROS détermine seul la répartition et la quantification territoriale des activités de soins et des équipements et matériels lourds.

Dans le cadre du SROS 3, publié le 11 avril 2006, la notion d'installations (lits installés), ne fait plus référence. Ce sont les objectifs quantifiés d'offre de soins par territoire qui encadrent l'offre des établissements sanitaires.

Ces objectifs sont exprimés territorialement en implantations et en volume d'activité, laquelle se décrit, selon les cas :

- en nombre de séjours (médecine, chirurgie)
- en nombre de journées (SSR, psychiatrie)
- en nombre de places (hospitalisation à temps partiel en psychiatrie)
- en nombre de patients : structures de dialyse rénale

Le SROS 3 comporte à cet effet des objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) par territoire de santé. Les OQOS publiés en 2006, élaborés à partir de données remontant à 2004 voire à 2003 pour la psychiatrie, ont été révisés en 2008, conformément à l'engagement pris par l'ARH lors de leur publication en 2006.

Les OQOS cependant expriment l'offre autorisée sur un territoire et non pas l'offre réelle, d'où le recours malgré tout aux capacités à titre indicatif.

Médecine et Chirurgie

Ci-dessous les OQOS élaborés en 2008 pour encadrer l'offre de médecine et de chirurgie jusqu'à la fin du SROS 3. Les OQOS en volume d'activité sont exprimés en nombre de séjours.

Territoire	Médecine		Chirurgie	
	Borne Basse	Borne Haute	Borne Basse	Borne Haute
Alpes Nord	23 625	25 803	14 624	15 550
Alpes Sud	13 163	15 031	8 294	9 230
Alpes Maritimes Est	141 429	147 992	82 658	86 078
Alpes Maritimes Ouest	45 271	48 021	34 675	36 433
Bouches-du-Rhône Nord	61 795	70 510	47 018	52 438
Bouches-du-Rhône Sud	272 552	285 973	166 256	172 886
Var Est	35 576	40 769	24 165	27 185
Var Ouest	73 024	80 035	59 566	63 815
Vaucluse - Camargue	83 548	90 373	59 747	62 782

Soins de suite et de réadaptation

En ce qui concerne les soins de suite et de réadaptation, la nécessité de réviser le volet SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) du SROS 3 publié s'est imposée du fait de la parution des décrets du 17 avril 2008 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement et aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Pour les adultes, compte tenu de l'existence d'un important potentiel de développement au sein des volumes d'activité contractualisés en 2008, les OQOS ont fait l'objet d'un simple réajustement. Ce dernier a été réalisé à partir des OQOS révisés 2008 (établis sur la base de l'activité 2006 à laquelle a été appliquée la projection démographique) et a obéi à deux principes :

- la globalisation de l'activité (hospitalisation à temps complet et à temps partiel) sous forme de journées (source PMSI),
- le développement de l'hospitalisation à temps partiel, ce qui a conduit à des augmentations dans certains territoires.

Pour les enfants, les OQOS (non fixés jusqu'alors) ont été établis en journées sur la base de l'activité réalisée en 2007 (source PMSI). Compte tenu de l'évolution démographique négative et de la forte proportion de patients résidant en dehors de la région PACA, les volumes d'activité des sites d'hospitalisation complète maintenus ont été gelés au niveau de 2007, l'augmentation des OQOS portant donc exclusivement sur l'hospitalisation à temps partiel.

Territoire	Soins de suite et de réadaptation			
	Adultes (HC + hdj)		Enfants (HC + hdj)	
	Borne basse	Borne Haute 2011	Existant 2007	Borne Haute 2011
Alpes Nord	291 259	330 966	75 477	46 229
Alpes Sud	102 509	128 035	0	1 825
Alpes Maritimes Est	491 361	* 583 553	17 632	21 282
Alpes Maritimes Ouest	217 523	* 253 326	0	9 425
Bouches-du-Rhône Nord	451 976	553 810	0	21 900
Bouches-du-Rhône Sud	902 265	1 089 818	0	12 775
Var Est	189 770	244 907	0	1 825
Var Ouest	601 410	668 260	97 008	101 753
Vaucluse - Camargue	222 275	349 755	0	1825
TOTAL PACA	3 560 348	4 202 430	190 117	218 839

NB : tous les chiffres sont exprimés **en journées**

* conversion et regroupement partiel d'un centre de postcure sur un site du territoire

Psychiatrie

Outre l'engagement de révision des OQOS en 2008, la parution des décrets sur l'organisation des soins de suite et de réadaptation et le devenir des établissements de postcure nécessitait également une révision des OQOS de psychiatrie.

En effet, Les décrets du 17 avril 2008 sur l'activité de soins de suite ne permettaient pas le choix d'une orientation psychiatrique dans les différentes activités des établissements de SSR, alors que les établissements de postcure psychiatrique émargeaient à cette discipline. Une possibilité de reconversion en psychiatrie avec adaptation concomitante des OQOS de cette discipline leur a donc été offerte. L'adaptation porte en conséquence à la fois sur les implantations et les volumes d'activité.

En psychiatrie générale, la variation proposée du nombre de journées d'hospitalisation complète évolue dans une fourchette comprise entre :

- borne basse : journées constatées selon la SAE 2008
- borne haute : volume de journées basé sur l'évolution prévisionnelle de la démographie à l'échéance de 2011

En psychiatrie infanto-juvénile (PIJ), pour la détermination de la borne haute du nombre de journées d'hospitalisation complète, la règle générale appliquée est adaptée en fonction d'une augmentation attendue des taux d'occupation 2008 des lits :

- Si le T.O. constaté en 2008 est inférieur à 70%, la borne haute est fixée à un nombre de journées correspondant à un T.O. de 70%
- Si le T.O. constaté en 2008 est supérieur à 70%, la borne haute est fixée à un nombre de journées correspondant à un T.O. augmenté de 10% par rapport au taux 2008, avec un maximum à 100%.

En effet, le constat d'une sous occupation des lits à 63,5% de T.O. est en contradiction avec la pression constatée sur les admissions et la difficulté de prise en charge d'un certain nombre d'adolescents.

Hospitalisation complète

	Psychiatrie générale				Psychiatrie infanto-juvénile			
	Implantations (sites)		Volume activité (journées)		Implantations (sites)		Volume activité (journées)	
	Existants 2008	Prévus 2011	Borne basse	Borne haute	Existants 2008	Prévus 2011	Borne basse	Borne haute
Alpes de Haute provence	1	2	52 986	48 495	0	0	0	0
Hautes Alpes	3	5	38 524	53 780	1	2	760	12 600
Alpes Maritimes Est	7	9	265 354	268 195	2	2	9 790	13 450
Alpes Maritimes Ouest	4	4	78 027	78 613	0	0	0	0
Bouches du Rhône Nord	3	4	196 076	201 284	1	1	2 100	2 600
Bouches du Rhône Sud	12	16	523 951	589 370	3	3	8 745	15 297
Var Est	3	3	39 836	54 195	0	1	0	2 050
Var Ouest	9	12	211 879	261 974	3	2	5 351	4 665
Vaucluse Camargue	5	8	196 193	200 671	3	2	2620	4600

Alternatives

Psychiatrie générale							
HDJ et HN				PFT		Appart T	Centre crise
Implantations (sites)		Volume activité (places)		Implantations (sites)	Implantations (sites)	Implantations (sites)	
HDJ (2008) 2011	HN (2008) 2011	Existant 2008	Borne haute	(2008) 2011	(2008) 2011	(2008) 2011	(2008) 2011
(6) 6	(1) 2	85	79	(1) 1	(1) 1	(0) 0	(0) 0
(2) 4	(2) 4	30	75	(1) 3	(1) 3	(0) 0	(0) 0
(13) 19	(2) 6	234	369	(1) 3	(1) 3	(2) 2	(2) 2
(3) 8	(1) 4	37	133	(0) 2	(2) 2	(1) 1	(1) 1
(7) 12	(1) 3	124	148	(1) 1	(1) 1	(2) 2	(2) 2
(19) 32	(4) 4	521	741	(3) 4	(2) 4	(2) 2	(2) 2
(3) 8	(0) 3	47	146	(0) 2	(0) 2	(0) 1	(0) 1
(10) 16	(1) 9	130	303	(2) 2	(0) 2	(1) 1	(1) 1
(21) 24	(1) 6	286	300	(2) 2	(1) 2	(1) 4	(1) 4
(82) 128	(13) 41	1 494	2 294	(11) 20	(9) 20	(9) 13	(9) 13

Les nombres entre parenthèses représentent l'existant 2008. Au regard de ceux-ci figurent les actualisations pour 2011.

Alternatives

Psychiatrie infanto-juvénile						
HDJ et HN				PFT		Centre crise
Implantations (sites)		Volume activité (places)		Implantations (sites)	Implantations (sites)	
HDJ (2008) 2011	HN (2008) 2011	Existant 2008	Borne haute	(2008) 2011	(2008) 2011	(2008) 2011
(3) 4	(0) 0	32	32	(1) 1	(0) 0	(0) 0
(4) 4	(0) 1	21	22	(1) 1	(0) 0	(0) 0
(5) 7	(0) 1	76	121	(0) 2	(0) 1	(0) 1
(1) 4	(0) 0	10	43	(0) 1	(0) 0	(0) 0
(3) 5	(0) 1	33	101	(0) 1	(0) 0	(0) 0
(12) 19	(0) 4	165	249	(0) 4	(0) 1	(0) 1
(3) 3	(0) 1	35	45	(0) 1	(0) 0	(0) 0
(5) 7	(0) 2	68	110	(2) 2	(0) 0	(0) 0
(10) 14	(0) 1	144	155	(2) 2	(0) 0	(0) 0
(46) 67	(0) 11	584	878	(6) 15	(0) 2	(0) 2

Insuffisance rénale chronique

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale par les différentes techniques de dialyse est également encadrée par des objectifs quantifiés d'offre de soins. Les OQOS sont fixés par territoire pour les catégories de structures prévues par les décrets du 23 septembre 2002 : centre d'hémodialyse, unité de dialyse médicalisée (UDM), auto dialyse simple ou assisté et à domicile l'hémodialyse à domicile et la dialyse péritonéale (DP). Les OQOS sont exprimés en nombre de patients.

Dans le tableau, les nombres entre parenthèses représentent les bornes basses. La somme des OQOS contractualisés avec les structures est inférieure à l'OQOS déterminé pour le territoire (borne haute 2011) sauf pour la DP. Il reste donc des réserves territoriales.

OQOS Dialyse (en nombre de patients)										
sites	Nombre de sites	centre		udm		autodialyse		DP		Domicile
		OQOS territ.	Total CPOM	OQOS territ.	Total CPOM	OQOS territ.	Total CPOM	OQOS territ.	Total CPOM	Total CPOM
Alpes sud	2	(70) 76	(62) 67	(17) 23	(16) 20	(17) 23	(11) 16		(6) 6	(1) 4
Alpes Nord	4	(72) 78	(60) 78	(18) 24	(12) 24	(18) 24	(18) 24	6	(13) 30	(2) 16
Alpes M. Est	7	(378) 409	(343) 409	(94) 126	(64) 96	(94) 126	(56) 100	33	(35) 60	(5) 16
Alpes M. Ouest	4	(107) 116	(48) 60	(27) 36		(27) 36	(30) 36	19	10	0
BDR Nord	7	(270) 292	(181) 224	(67) 90	(72) 88	(67) 90	(70) 90	24	(37) 55	(8) 10
BDR Sud	18	(902) 977	(906) 976	(226) 301	(201) 261	(226) 301	(260) 300	79	(70) 120	(14) 18
Var Est	3	(179) 194	(155) 168	(45) 60	(28) 44	(45) 60	(34) 51	16	(9) 11	0
Var Ouest	9	(436) 472	(422) 472	(109) 145	(107) 145	(109) 145	(86) 133	62	(47) 85	(26) 35
Vaucluse Camargu	9	(324) 351	(327) 351	(81) 108	(36) 48	(81) 108	(52) 108	51	(40) 70	(5) 19
Total	63	(2738) 2965	(2504) 2805	(684) 913	(536) 726	(684) 913	(617) 858	290	(267) 447	(61) 118

Unités de soins de longue durée

L'article 59 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 (1) avait intégré les unités de soins de longue durée (USLD) dans l'enveloppe médico-sociale gérée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). L'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 (2) a prévu la réintégration des USLD dans un objectif spécifique de dépenses géré par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et la répartition avant le 30 juin 2009 des capacités d'accueil et des crédits des USLD entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social (places d'EHPAD) par arrêté conjoint du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du préfet de département.

¹ Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

² Modifié par l'article 84 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;

Territoire	2009					2010	
	USLD redéfinies ³		USLD non redéfinies ⁴			USLD redéfinies ⁵	
	nbre de sites	de Capacité	nbre de sites	de	capacité	nbre de sites ⁶	Capacité
Alpes Sud	2	71	0		0	2	71
Alpes Nord	5	135	0		0	5	135
A.M. Est	3	217	4		146	4	247
A.M. Ouest	1	54	2		99	3	118
BDR Nord	2	103	2		69	4	172
BDR Sud	6	320	0		0	6	320
Var Est	4	145	0		0	4	145
Var Ouest	3	196	5		244	6	285
Vauc.Cam.	1	30	8		470	6	230
TOTAL	27	1271	21		1028	40	1723

En 2010, à l'issue des opérations de partitions, les capacités d'USLD redéfinies se trouvent stabilisées et non figées. Elles serviront de point de départ à une démarche de planification qui a évalué par ailleurs des objectifs quantifiés en journées et des places en résultant, dans le cadre du volet personnes âgées révisé du SROS III.

QQOS USLD 2011 dans le SROS III Révisé (volet PA.)

Territoire	Capacités au 1 janvier 2010	QQOS borne haute 2011	Equivalent Places	Créations	Taux pour 1000 PA 75 ans et +
Alpes Sud	71	25 900	71	Maintien	4.74
Alpes Nord	135	49 200	135	Maintien	7.92
A.M. Est	247	159 800	438	+ 191	4.73
A.M. Ouest	118	58 300	160	+ 42	4.74
BDR Nord	172	82 800	227	+ 55	4.74
BDR Sud	320	204 000	559	+ 239	4.73
Var Est	145	63 500	174	+ 29	4.73
Var Ouest	285	125 900	345	+ 60	4.73
Vauc.Cam.	230	106 200	291	+ 61	4.73
TOTAL	1723	875 600	2 400	+ 677	4.84

Ces objectifs peuvent conduire à faire évoluer leurs capacités en fonction des besoins et des financements dans le cadre du projet régional de santé de l'ARS PACA.

³ USLD restant dans le champ sanitaire après partition (arrêtés pris en 2007 ou 2008).

⁴ USLD qui feront l'objet d'un arrêté de partition en 2009

⁵ Total des USLD redéfinies (arrêtés pris en 2007, 2008 et 2009)

⁶ Les USLD redéfinies en 2010 ne correspondent pas à la somme des USLD redéfinies et non redéfinies en 2009 puisque certains sites passent dans le secteur médico-social.

Autres objectifs quantifiés

Des objectifs quantifiés sont prévus par le volet Cardiologie et cardiologie interventionnelle du SROS III pour les activités interventionnelles par voie endovasculaire, sous imagerie médicale en cardiologie.