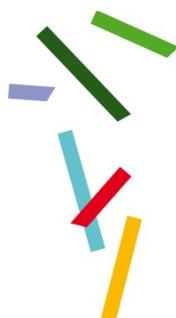




SCHEMA REGIONAL DE SANTE 2018-2023

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR



Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, Boulevard de Paris - 13003 Marseille
Adresse postale : CS 50039 - 13331 Marseille Cédex 03
Standard : 04.13.55.80.10

Partie I : Renforcer l'accessibilité, la qualité et la pertinence du système de santé.....	8
1.1 Structurer l'offre de santé.....	8
1.1.1 Organiser l'accès à la santé dans la proximité.....	9
1.1.1.1 La mise en œuvre des mesures du plan d'accès aux soins	9
1.1.1.2 Proposer des réponses accompagnées pour tous, adaptées à chacun.....	10
1.1.1.3 Mettre en place des pôles de santé de proximité adossés aux hôpitaux locaux dans les territoires ruraux	10
1.1.2 Améliorer la gradation des soins : une démarche au service de la qualité.....	11
1.1.2.1 Organiser le second recours et garantir l'accès à l'expertise.....	11
1.1.2.2 Consolider la gradation des filières de soins dans le cadre des GHT	11
1.1.2.3 Adapter les établissements de santé au virage ambulatoire et au virage technologique	12
1.1.3 Qualité, performance et pertinence du système de santé : des objectifs et des leviers pour la transformation du système de santé	12
1.1.3.1 Renforcer la qualité et la sécurité des soins	12
1.1.3.2 Faire de la pertinence des soins, un critère prioritaire de qualité et d'organisation de l'offre de soins.....	12
1.1.3.3 Améliorer la performance des acteurs de santé pour soutenir leur capacité d'adaptation et répondre aux besoins de santé de la population.....	13
1.2 Renforcer la place des citoyens/usagers de la santé.....	15
1.2.1 Les enjeux	15
1.2.2 Donner plus de place aux patients-usagers-citoyens	15
1.2.2.1 Favoriser le développement des compétences en santé (connaissance, capacité à agir, comportements).....	15
1.2.2.2 Promouvoir l'utilisation du savoir du patient lié à son expérience en santé.....	16
1.2.2.3 Faire évoluer la formation des professionnels de santé.....	16
1.2.2.4 Valoriser la fonction de représentant des usagers (RU)	16
1.2.2.5 Favoriser l'implication des citoyens-usagers sur les questions de santé.....	16
1.3 Mettre en place une politique régionale de ressources humaines en santé.....	17
1.3.1 Mieux connaître et anticiper les évolutions de la démographie.....	17
1.3.1.1 Partager les données et les analyses	17
1.3.1.2 Rencontrer les professionnels et les étudiants afin de mieux comprendre leurs aspirations et leurs besoins.....	19
1.3.2 Accompagner l'évolution des métiers et des organisations	19
1.3.2.1 Promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice.....	19
1.3.2.2 Accompagner la répartition des compétences soignantes sur les territoires.....	20
1.3.2.3 Soutenir les établissements de santé dans leurs réorganisations	21
1.3.2.4 Construire des parcours professionnels valorisant la mobilité	21
1.3.2.5 Prendre soin de ceux qui soignent.....	22
1.3.3 Agir dès la formation pour préparer les professionnels aux pratiques de demain.....	22

1.4 Déployer l'innovation et les systèmes d'information	24
1.4.1 Impulser et accompagner l'innovation organisationnelle	24
1.4.1.1 Avec l'article 51 de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018, le législateur a donné un cadre pour conduire des innovations organisationnelles	24
1.4.1.2 L'innovation organisationnelle viendra également de l'analyse des données et de leur utilisation pour l'aide à la décision, la coordination et le suivi des patients.....	24
1.4.2 Utiliser les outils numériques : des objets connectés à la télésanté, quel partage d'information et pour quoi faire ?.....	25
1.4.2.1 Définir une gouvernance régionale autour des systèmes d'information	26
1.4.2.2 Généraliser les normes et usages pour les outils en lien avec les plateformes et projets nationaux	27
1.4.2.3 Soutenir la mise en œuvre et le déploiement des référentiels nationaux et des normes d'interopérabilité des SI de santé	28
1.4.2.4 Accompagner les établissements dans le cadre de la mise en œuvre des SI de Groupements Hospitaliers de Territoire	29
1.4.2.5 Développer la maîtrise d'ouvrage régionale déléguée et l'Espace Numérique Régional de Santé	29
1.4.2.6 Mettre à disposition les indicateurs de suivi et de performance	33
1.5 Soutenir les coopérations et la coordination des acteurs	34
1.5.1 Organiser la disponibilité des services d'appui à la coordination (SACO)	34
1.5.2 Construire des réponses pour la coordination des prises en charge de proximité	34
1.5.3 Responsabiliser les acteurs par de nouveaux modes de financement et leur donner un intérêt à agir pour la coordination des prises en charge	35
1.6 Agir ensemble et autrement : une nouvelle gouvernance des territoires	36
1.6.1 Des pistes de coopération entre acteurs.....	36
1.6.1.1 La santé des populations.....	36
1.6.1.2 La démographie des professionnels de santé	37
1.6.1.3 Les réorganisations territoriales et de l'accès aux soins.....	37
1.6.1.4 L'environnement et son impact sur la santé.....	37
1.6.1.5 La santé au travail	37
1.6.2 Réunir, dans les territoires, l'ensemble des acteurs de santé pour partager le diagnostic et améliorer la santé	38
1.6.3 Evaluer, analyser les résultats et identifier les expériences remarquables pour rendre compte des évolutions et accompagner le changement.....	39
1.6.4 Contractualiser avec les acteurs de santé pour accompagner le changement	39
Partie II : Structurer des parcours de santé dans 7 domaines prioritaires	41
2.1 Principes et méthodes de l'approche par parcours de santé.....	41
2.2 Parcours maladies chroniques	45
2.3 Parcours des personnes âgées	52
2.4 Parcours des personnes en situation de handicap	58
2.5 Parcours santé et précarité	63
2.6 Parcours Santé mentale.....	70

2.7 Parcours petite enfance, enfants, adolescents, jeunes	86
2.8 Parcours santé et addictions	98
Partie III : Organiser la santé au niveau des territoires	107
3.1 Santé environnementale	107
3.2 Veille, Sécurité Sanitaire et situations sanitaires exceptionnelles	113
3.3 Organiser l'offre de soins à proximité.....	118
3.3.1 Soins de ville et ambulatoires.....	118
3.3.2 Hospitalisation à domicile	126
3.3.3 Soins de suite et de réadaptation (SSR).....	133
3.3.4 Unités de soins de longue durée.....	144
3.3.5 Soins palliatifs.....	147
3.4 Structurer les filières et le recours aux plateaux techniques.....	153
3.4.1 Périnatalité.....	153
3.4.2 L'aide médicale à la procréation.....	161
3.4.3 Le diagnostic prénatal	164
3.4.4 Génétique	166
3.4.5 Cancers	172
3.4.6 Insuffisance rénale chronique (IRC).....	180
3.4.7 Accident vasculaire cérébral.....	184
3.4.8 Les plateaux techniques : des éléments de définition.....	194
3.4.9 Chirurgie	196
3.4.10 Soins critiques	204
3.4.11 Imagerie en coupe.....	217
3.4.12 Imagerie - Médecine Nucléaire	232
3.4.13 Cardiologie interventionnelle	238
3.4.14 Biologie médicale	244
3.4.15 Urgences	250
3.4.16 Médecine	259
3.4.17 Permanence des soins en établissements de santé (PDSES).....	264
Partie IV : Définir les objectifs d'évolution de l'offre de santé	275
4.1 Conséquences sur l'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux	275
4.1.1 Offre médico-sociale à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	275
4.1.1.1 L'offre médico-sociale PA PH doit s'intégrer sur un territoire en complémentarité des ressources de santé existantes dans une logique de parcours, de réponses graduées et coordonnées	275
4.1.1.2 L'offre médico-sociale doit résolument prendre le virage inclusif	275

4.1.1.3 Garantir la continuité et la qualité des parcours	276
4.1.2 Offre médico-sociale à destination des personnes en difficulté spécifique.....	277
4.1.2.1 Objectifs communs d'évolution du dispositif médico-social en addictologie	277
4.1.2.2 Objectifs d'évolution des dispositifs de santé dédiés aux publics précaires confrontés à des difficultés très spécifiques.....	278
4.2 Activités de soins et équipements matériels lourds	279
4.2.1 Médecine	280
4.2.2. Chirurgie	282
4.2.3 Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	284
4.2.4 Psychiatrie	287
4.2.5 Soins de suite et de réadaptation	293
4.2.6 Soins de longue durée.....	306
4.2.7 Médecine d'urgence	307
4.2.8 Réanimation	312
4.2.9 Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	315
4.2.10 Traitement du cancer.....	318
4.2.11 Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	326
4.2.11.1 Activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme.....	326
4.2.11.2 Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	329
4.2.11.3 Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	331
4.2.12 Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal	332
4.2.12.1 Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation	332
4.2.12.2 Diagnostic prénatal (DPN).....	337
4.2.13 Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	340
4.2.14 Equipements matériels lourds	342
4.2.14.1 Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions	342
4.2.14.1.1 Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émissions de positons en coïncidence	342
4.2.14.1.2 Tomographe à émissions.	344
4.2.14.2 Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique.....	345
4.2.14.3 Scanographe à utilisation médicale.....	348
4.2.14.4 Cyclotron à utilisation médical.....	350
4.2.14.4.1 Adaptation et complémentarité de l'offre.....	350
4.2.14.4.2 Objectifs quantifiés par territoire de santé.....	350
4.2.14.5 Caisson hyperbare	350

Nous assistons depuis quelques années à une profonde mutation du système de santé que ce soit en termes de besoin (transition épidémiologique) ou en termes d'offres (innovations scientifiques et technologiques, virage ambulatoire dans tous les secteurs, évolution des métiers ...).

Nous avons l'un des meilleurs systèmes de soins du monde. L'enjeu est désormais de le transformer pour relever le défi du vieillissement et des maladies chroniques, en dépassant nos clivages pour construire un système de santé qui prenne en compte tout le champ de la santé, de la prévention aux prises en charge sociales et médico-sociales.

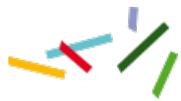
Dotée d'une responsabilité générale sur l'organisation de la santé, les agences régionales de santé ont une vision globale et transversale sur l'ensemble des publics et des acteurs. Elles sont de ce fait conduites à mobiliser l'ensemble des parties prenantes afin de « penser globalement pour agir localement » (Albert Jacquard). Or, les acteurs sont nombreux : collectivités territoriales, institutions, associations, et, de plus en plus, les patients qui, seuls ou au travers d'associations, se connectent et s'impliquent dans les sujets de santé.

Pour les agences régionales de santé, la feuille de route est donnée par la stratégie nationale de santé : développer la prévention, améliorer la qualité et la pertinence des prises en charge, assurer l'accès aux soins et aux services de santé en luttant contre les inégalités, et intégrer les innovations.

Dans la continuité des projets antérieurs en Provence Alpes Côte d'Azur, la méthode a été très participative : dès 2016 ont été mises en place une concertation large (23 groupes de travail, rencontres régionales « Agoras »), une évaluation des besoins et des analyses prospectives. Il s'agissait de consolider les réussites et d'identifier les priorités avant d'engager de nouvelles actions de transformation.

Le Schéma régional de santé de la région Provence Alpes Côte d'Azur comporte 4 parties :

1. Renforcer l'accessibilité, la qualité, et la pertinence du système de santé
2. Structurer des parcours de santé dans sept domaines prioritaires
3. Organiser la santé au niveau des territoires
4. Définir les objectifs d'évolution de l'offre de santé.



Partie I : Renforcer l'accessibilité, la qualité et la pertinence du système de santé

- 1- Structurer l'offre de santé
- 2- Renforcer la place des citoyens/usagers de la santé.
- 3- Mettre en place une politique régionale de ressources humaines en santé.
- 4- Déployer l'innovation et les systèmes d'information.
- 5- Soutenir les coopérations et la coordination des acteurs.
- 6- La gouvernance des territoires pour mobiliser les acteurs autour de la santé

Partie I : Renforcer l'accessibilité, la qualité et la pertinence du système de santé

Le système de santé français, organisé en 1958 autour de l'hôpital avec la création des CHU (loi Debré) pour une population jeune et en partie rurale, et réformé par plusieurs lois concernant l'hôpital (1991 et 2009 en particulier), doit aujourd'hui s'adapter à une population urbaine, plus âgée et avec un modèle épidémiologique de pathologies chroniques.

Le système de santé semble en crise, et de nombreux acteurs le disent : «on est allés au bout de ce qu'on pouvait faire sans le changer en profondeur». Derrière cette remarque, ils souhaitent attirer l'attention sur les limites atteintes par les efforts internes. En effet, il y a deux types de réformes : celles qui reposent sur l'amélioration des fonctionnements (efficience, performance...) et celles qui proposent un changement en profondeur, un «nouveau paradigme» : c'est de cela qu'il s'agit aujourd'hui.

Six leviers sont identifiés pour conduire ces transformations :

- Une offre de santé structurée, avec une bonne gradation des soins et des accompagnements,
- Une participation des patients, des usagers et des citoyens à l'organisation de la santé, en intégrant la prévention, que ce soit au niveau individuel ou collectif.
- Des professionnels de santé bien répartis et des équipes de territoires pluri professionnelles.
- Une intégration des innovations et des systèmes d'information.
- Des projets de santé coordonnés.
- Des actions partenariales et une implication de toutes les institutions régionales dans l'amélioration de la santé.

1.1 Structurer l'offre de santé

La gradation des soins repose sur la structuration de l'offre de santé afin d'organiser des réponses proportionnées aux besoins, en tenant compte de la fréquence et du niveau de gravité. Concrètement, il s'agit de compléter le maillage du territoire régional en services et en soins de proximité pour les prestations de santé fréquentes et/ou sans gravité, et de prévoir des accompagnements spécifiques et des soins experts pour des pathologies graves et/ou complexes.

Par convention, la gradation s'étend sur 4 niveaux de prise en charge : de niveau 1 pour les accompagnements de proximité et les soins de premier recours (aide à domicile, médecin généraliste) à 4 pour les prises en charge et les soins «de recours et de référence» (équipe avec une expertise pluri disciplinaire et plateau technique spécialisé).

La gradation des soins est un des leviers de la pertinence des interventions et des prises en charge : son objectif est de garantir «le bon niveau de soin au bon moment», pour éviter les pertes de chances mais aussi les redondances ou les surdimensionnements. Elle doit ainsi permettre l'accès aux innovations, aux nouvelles technologies et aux compétences spécialisées sur l'ensemble du territoire régional, que l'on soit en zone de montagne ou à proximité d'un CHU.

La participation des patients, des usagers et des habitants à l'organisation de la santé sera un catalyseur de ces réorganisations et permettra de mieux intégrer la prévention, que ce soit au niveau individuel ou collectif.

Le travail de structuration de l'offre de santé nécessaire à la gradation des soins permet à la fois de mieux identifier les ressources, de les adapter aux différents types de besoins, et d'organiser le passage d'un niveau à l'autre. Cela rend ainsi l'offre de santé plus lisible, plus aisée à coordonner pour les professionnels, et plus facile à utiliser pour la population.

Rationnelle et programmatique, la démarche de structuration de l'offre de santé s'appuie sur l'analyse des données et sur les ressources existantes. Des choix seront cependant nécessaires et cette première partie du Schéma régional de santé a pour objectif de présenter les grands leviers de la transformation de l'offre de santé afin d'en expliquer les intérêts et les conditions de réussite.

1.1.1 Organiser l'accès à la santé dans la proximité

Il s'agit d'organiser les prises en charge de proximité, sur tout le territoire régional, en incluant la continuité et la permanence des soins, de façon programmée ou non, y compris de situations de handicap ou de perte d'autonomie. Ces soins et services de proximité comprennent :

- Les équipes de soins primaires : médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, et autres professionnels paramédicaux, et l'accès à certaines spécialités médicales (gynécologie, psychiatrie, ophtalmologie ...).
- Les solutions d'accueil pour les personnes âgées et les personnes handicapées, et des solutions d'hébergement et d'accompagnement «inclusives» c'est à dire dans la cité, hors structure spécialisée.
- Une organisation de l'accès aux soins de recours : consultations de spécialistes, moyens diagnostiques (imagerie, laboratoires de biologie médicale ...), hôpitaux de jour, HAD, séjours de répit, soins de suite Ainsi qu'aux plateaux techniques simples ou de recours.
- Des dispositifs de coordination pour faciliter l'orientation des patients.

L'ARS accompagne les acteurs sur l'ensemble du territoire et porte une attention particulière à l'évolution de l'offre dans les territoires potentiellement en difficulté : zones de montagne, territoires identifiés comme fragiles ou à risque sur le plan de la démographie médicale, quartiers en politiques de la ville.

Le renforcement de cette offre de santé sur l'ensemble du territoire régional comprend trois grands volets :

- la mise en œuvre du plan d'accès aux soins,
- l'accompagnement des acteurs du médico-social pour «une réponse accompagnée pour tous»,
- et la consolidation de l'offre de santé des territoires isolés, avec un adossement à des hôpitaux locaux ou à des EHPAD et la mise en place éventuelle de petits plateaux techniques.

1.1.1.1 La mise en œuvre des mesures du plan d'accès aux soins

Il s'agit d'organiser l'offre de santé de proximité avec des équipes de soins primaires, autour du médecin généraliste et avec les autres acteurs du territoire : pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeute, et également les acteurs de la prévention, du médico-social et du social.

- Accéder à une offre de soins spécialisés courants : gynécologie, centres périnataux de proximité, psychiatrie, psychologues.
- Expérimenter des nouveaux modes d'organisation avec des professionnels de santé paramédicaux, avec aussi des pratiques avancées, de la coordination et l'accompagnement des parcours complexes, notamment pour les personnes âgées et les porteurs de maladies chroniques.
- Organiser l'accessibilité à des soins de 2ème recours (spécialités médicales, un plateau technique ultra léger) pour ces organisations de proximité.

1.1.1.2 Proposer des réponses accompagnées pour tous, adaptées à chacun.

- Proposer un ensemble de services de santé diversifiés, accessibles dans la proximité et incluant les métiers relatifs à l'accompagnement des personnes: actions de prévention, éducation thérapeutique, activité physique adaptée, soins de support, gestionnaire de cas.
- Adapter les organisations des établissements de santé et des établissements médico-sociaux pour favoriser les interventions au domicile du patient : hospitalisations dans la journée, hospitalisation à domicile, organisation des retours au domicile, interventions en logement adapté et partagé (type MAS à domicile)...
- Inclure, dans les organisations, la démarche «d'aller vers» : aller à la rencontre des populations en situation de vulnérabilité temporaire ou durable : développement des équipes mobiles, actions visant à favoriser le repérage, antennes ouvertes, ...
- Développer les solutions de prise en charge incluant la dimension logement, et favoriser les projets d'habitat inclusif : transformation de l'offre médico-sociale avec le développement des services, intermédiation locative, lieu d'accueil temporaire, lieux de répit....

1.1.1.3 Mettre en place des pôles de santé de proximité adossés aux hôpitaux locaux dans les territoires ruraux

- Les hôpitaux locaux, les établissements de SSR et les EHPAD sont bien souvent, dans les territoires ruraux ou de montagne, un lieu important pour l'accès à la santé des populations. Les tensions de la démographie médicale les menacent plus que les autres, et ils n'ont pas la taille critique pour que des recrutements pérennes y soient possibles à leur échelle.
- Mais si l'on élargit le périmètre d'intervention, si l'on considère que l'offre de proximité doit comporter à la fois une partie médico-sociale et des soins de premier recours, avec selon les lieux, des lits médicalisés, alors ces établissements peuvent constituer un point d'ancrage de l'offre de soins qu'il convient de mieux analyser pour la compléter dans une logique de pragmatisme, de complémentarité et de «sur-mesure».
- Ces pôles de soins de proximité reposeraient sur un trépied à dimension variable avec :
 - Du médico-social : EHPAD, accueil de personnes handicapées, accompagnement de la dépendance
 - Des soins de premiers recours : médecins, sages-femmes, infirmiers, infirmiers de pratiques avancées, kinésithérapeutes et autres professionnels paramédicaux, prélèvements pour analyses de biologie, consultations avancées de spécialistes ...
 - Des lits de médecine de SSR, d'USLD à garder ou à faire évoluer en lien avec l'EHPAD pour y disposer de lits dédiés renforcés en soins ...
- Selon les sites et la distance de l'établissement de santé le plus proche, un plateau technique de proximité serait mis en place pour permettre la réalisation de radiographies et échographies sur place (avec lecture à distance par télé-médecine ou quelques consultations de radiologue). L'idée est de permettre d'affiner des diagnostics sur place pour éviter des recours aux urgences quand cela ne se justifie pas.
- Une convention avec le centre hospitalier le plus proche permettrait à la fois d'alimenter les consultations avancées, d'assurer le recours, d'apporter de l'expertise via la télé-médecine
- Des analyses des projets et des expériences en cours seront conduites au sein de l'agence pour préciser les conditions de réussite, tester la viabilité médico économique et vérifier la faisabilité. Ces projets seront bien entendu étroitement concertés avec les acteurs locaux, professionnels, institutions et élus, car de tels dispositifs ne peuvent être que la résultante de leur implication.

1.1.2 Améliorer la gradation des soins : une démarche au service de la qualité

En complément de la consolidation des soins de premier recours, il s'agit de structurer ou de rendre lisible la gradation des soins de second et troisième recours ainsi que des soins dits «de référence» (4^{ème} recours) caractérisés par leur niveau d'expertise croissant.

1.1.2.1 Organiser le second recours et garantir l'accès à l'expertise

La structuration des soins de second recours a fait l'objet d'un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) en juin 2017. Il s'agit du niveau de soins le plus difficile à appréhender et le plus dispersé car, contrairement aux autres, il n'a pas fait l'objet d'organisation formelle. Il s'agit de :

- Garantir l'accès aux spécialistes relevant du second recours sur l'ensemble du territoire :
 - en rendant visible l'offre en médecine de ville comme en établissement de santé.
 - Dans les territoires isolés, proposer des consultations avancées en lien avec les établissements de santé, et déployer des services de télémédecine en complément.
- Organiser l'accessibilité à cette expertise et la promotion des recommandations de bonnes pratiques pour certaines thématiques identifiées :
 - en s'appuyant sur des réseaux, des filières ou des centres de référence (par exemple : gérontologie, cancérologie, périnatalité, autisme, handicap rare, addictologie, soins palliatifs...)
 - En fonction des pathologies, du volume de personnes concernées ou de la technicité nécessaire, les soins de référence sont organisés au niveau infra régional (ex : filières gériatriques), régional (ex : réseau périnatalité) ou national (ex : maladies rares).

1.1.2.2 Consolider la gradation des filières de soins dans le cadre des GHT

Cette démarche suppose de renforcer les établissements pivot pour qu'ils puissent jouer leur rôle de recours et de compléter l'offre des établissements de proximité pour qu'ils répondent aux besoins de la population.

- S'appuyer sur les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire pour structurer les partenariats et la complémentarité entre établissements.
 - Dans notre région où l'offre privée est conséquente, la complémentarité est aussi pensée entre structures publiques et privées.
 - Ces partenariats intègrent également l'offre médico-sociale.
- Organiser un maillage gradué d'accès aux soins dans les territoires de santé.
 - Renforcer les services de recours afin de leur donner le niveau de qualité et d'expertise requis.
 - Cela permettra d'investir et de moderniser le parc, de disposer d'équipes pluridisciplinaires, et d'assurer la permanence des soins.
 - Organiser les relations avec les autres niveaux de soins.
 - Les GHT animent cette démarche dans le cadre de leur projet médical partagé. Evaluer et compléter les filières gériatriques, mettre en place des consultations avancées, adapter les plateaux techniques et mettre en place des équipes médicales partagées avec les établissements de santé pivot.

- Décrire la filière et faciliter l'accès au bon niveau de soins par une information des professionnels, des patients et de tous les partenaires.
- Outiller et renforcer les équipes de professionnels, encourager les pratiques partagées (réunions communes, formation, ...) pour faciliter la communication sur les dossiers des patients et soutenir les professionnels (chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes,...) qui exercent dans des établissements éloignés des gros centres.
- Accompagner l'adaptation des organisations intra-hospitalières pour faciliter les complémentarités entre les spécialités, ou entre les modes d'intervention, rendues encore plus nécessaires avec les courtes durées d'hospitalisation. Pour cela, valoriser et diffuser les expériences remarquables dans tous les établissements de la région.

1.1.2.3 Adapter les établissements de santé au virage ambulatoire et au virage technologique

- Intégrer et anticiper, pour tous les patients, l'amont et l'aval de l'hospitalisation, en coordination avec les acteurs de premier recours, du social et du médico-social.
- Développer les outils permettant la circulation de l'information entre les différents intervenants, et l'utilisation de la e-santé
- Expérimenter des solutions innovantes au service de cette vision de l'hôpital de demain et soutenir les alternatives à l'hospitalisation complète : hôtels hospitaliers, développement de la télémédecine, hospitalisation à domicile en EHPAD,...

1.1.3 Qualité, performance et pertinence du système de santé : des objectifs et des leviers pour la transformation du système de santé

1.1.3.1 Renforcer la qualité et la sécurité des soins

La complexité des prises en charges par des professionnels différents dans un parcours de santé nécessite la mise en place d'une organisation efficiente et le développement de la culture de gestion des risques en équipe dans le cadre d'interventions coordonnées des professionnels.

- Développer la culture de signalement et d'analyse des signaux (données remontées dans le cadre du réseau régional de vigilance et d'appui, des événements indésirables graves associés aux soins, de la certification, des indicateurs de qualité)
- Poursuivre l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans le cadre du parcours de soins
- Favoriser le développement de la simulation en santé pour permettre un entraînement aux gestes à risques
- Améliorer la connaissance des risques par le patient et son implication dans la mesure de la qualité et de la sécurité des soins

1.1.3.2 Faire de la pertinence des soins, un critère prioritaire de qualité et d'organisation de l'offre de soins.

La pertinence est un enjeu de qualité des soins et d'efficience et un levier de transformation de notre système de santé. La pertinence des soins (actes, parcours, modes de prise en charge, prescriptions, etc...) consiste à délivrer le bon soin, et rien que le bon soin, au bon patient, au bon endroit, au bon moment.

Au sein de l'Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (Iraps), l'ARS associe étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche d'amélioration de la pertinence des soins.

- Agir sur la pertinence des parcours, identifier les redondances et les risques de pertes de chance.
- Diffuser une culture de la pertinence.
- Faire adhérer les professionnels à une démarche de pertinence par la mise en place de groupes de travail spécifiques sur les thématiques définies par l'ARS en lien avec l'IRAPS. D'ores et déjà trois axes ont été priorités dans le plan d'actions pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) : la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité les recours aux fibroscopies et coloscopies diagnostiques, la prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique.
- Piloter la pertinence et réaffirmer le rôle de pilotage stratégique de l'ARS avec une IRAPS assurant l'interface avec les professionnels de santé.
- Intégrer des indicateurs de résultat dans les procédures qualité des établissements de santé
- Impliquer les usagers/patients.

La pertinence peut être mesurée par des indicateurs de résultat, mais aussi des indicateurs de satisfaction des patients appelés les «Patient reported outcome measures» (PROM). Il est prouvé que les scores précoces de satisfaction sont étroitement corrélés avec la morbi-mortalité objective des actes, en particulier en chirurgie. Un lien étroit est ainsi à établir entre la démarche de pertinence et la structure régionale d'appui à la qualité et la procédure de déclaration et d'analyse des EIG.

Cette évolution s'applique selon des principes similaires mais avec des modalités à définir, pour les acteurs de la ville et du médico-social, ainsi que pour évaluer la performance des coopérations existantes dans les territoires.

- Expérimenter des incitations s'appuyant sur la pertinence des prises en charge, de façon à privilégier des financements sur la base du parcours de santé d'une personne malade chronique ou dépendante, ou encore sur un épisode de soins.

1.1.3.3 Améliorer la performance des acteurs de santé pour soutenir leur capacité d'adaptation et répondre aux besoins de santé de la population

- Transformer l'offre des établissements de santé : favoriser l'évolution des établissements pour qu'ils atteignent la taille critique nécessaire à l'exercice de leurs missions, pour répondre aux enjeux de la démographie médicale, de la contrainte financière et capitaliser sur les innovations technologiques et thérapeutiques, en cohérence avec le Projet médical partagé du GHT (différenciation proximité, recours).
- Transformer l'offre médico-sociale : favoriser les regroupements et une plus grande modularité dans les prises en charge (hébergement permanent, temporaire, de crise, suivi social, scolaire, professionnel...), par exemple par la création de plateformes de services. Positionner certains établissements comme centre ressource et/ou d'expertise sur leur territoire.
- Définir avec les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux les trajectoires d'évolution de leurs activités dans les territoires dans les années à venir.
- Mobiliser le soutien aux investissements de l'ARS et des partenaires au service des transformations à venir : les politiques d'investissements à mettre en œuvre dans le secteur de la santé s'inscriront, dès 2018 dans l'anticipation de la transformation des structures et services de santé de demain, en incluant les virages ambulatoire et technologique.

- Soutenir les actions de sécurisation des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux.
- Regrouper et professionnaliser les acteurs de la prévention, au service de projets emblématiques et d'envergure, au bénéfice d'une part significative de la population :
 - des projets basés sur des données probantes et faisant l'objet d'une évaluation intégrée.
 - dans le cadre d'une approche de santé globale intersectorielle par milieu de vie (école, travail, environnement....) et sur les déterminants (environnement, sociaux, comportements...).

1.2 Renforcer la place des citoyens/usagers de la santé

Les processus de décision se sont ouverts à la concertation ou au débat public dans de nombreux secteurs et la santé n'échappe pas à cette évolution.

L'utilisateur du système de santé est le premier concerné par la politique de santé. Le premier juge de son propre état de santé, et un acteur à part entière qui opère des choix. Sa bonne compréhension du fonctionnement de la santé est le préalable nécessaire à un recours adapté aux soins et à une bonne utilisation du système de santé.

Cela suppose un système de santé lisible, et donc structuré.

La demande croissante de santé et de bien-être se traduit par des attentes fortes en termes d'environnement, de milieu de vie, d'alimentation,... Les usagers sont de plus en plus proactifs dans la recherche d'informations. Ils souhaitent non seulement être informés, mais aussi participer aux décisions qui les concernent. Cela transforme leurs relations avec les professionnels de santé.

En attente de réponses adaptées qu'ils souhaitent de plus en plus rapides, ils utilisent Internet pour partager leurs symptômes, croiser les informations pour en extraire un diagnostic immédiat ou encore avoir un avis sur les recommandations des professionnels qu'ils ont rencontrés.

En situation de maladie chronique ou de dépendance, les personnes développent une connaissance expérientielle et une expertise de leur maladie ou de leur handicap.. Elles revendiquent également leur place dans l'organisation et la division du travail de soin : patient-expert, patient-formateur, patient-partenaire.

En 2017 l'exercice d'une démocratie en santé dynamique achoppe encore sur plusieurs difficultés :

- Les politiques de santé ont une forte inertie (structures lourdes, temps de formation des médecins,...) et nécessitent une forte expertise technique : leur dimension participative est de ce fait assez limitée
- Les réticences de certains professionnels de santé
- Le profil des représentants des usagers : leur nombre est insuffisant, leurs compétences sont inégales et les conditions du développement de celles-ci sont rarement réunies.

1.2.1 Les enjeux

La démocratie en santé répond à trois types d'enjeux :

- Un enjeu d'égalité d'accès à la santé et aux soins : l'accès à la connaissance du système de santé et à des compétences en prévention contribue à la lutte contre les inégalités sociales d'accès à la santé.
- Un enjeu de pertinence : bien connaître le système de santé, mieux comprendre ce qui aide à être et rester en bonne santé, c'est aussi mieux utiliser le système de santé.
- Un enjeu de qualité : la connaissance partagée du fonctionnement du système de santé doit permettre à chacun d'être un acteur de son amélioration.

1.2.2 Donner plus de place aux patients-usagers-citoyens

1.2.2.1 Favoriser le développement des compétences en santé (connaissance, capacité à agir, comportements)

- Mettre à disposition de la population une information en santé fiable et validée, via notamment le service public d'information en santé.
- Développer l'éducation à la santé tout au long de la vie : c'est un des axes du parcours «Petite enfance, enfants, adolescents, jeunes».

- Développer la promotion de la santé et les compétences psychosociales pour favoriser des comportements favorables à la santé : alimentation, activité physique et mobilité,....
- Utiliser et optimiser les dispositifs existants pour des opérations de d'information et de sensibilisation à la santé dans les écoles, les crèches (médiateurs, patients-experts, pairs, représentants des usagers, ...).
- Diffuser des messages dans les lieux cibles (exemple : écran d'information dans les pharmacies, cabinets médicaux, maisons de santé...).

1.2.2.2 Promouvoir l'utilisation du savoir du patient lié à son expérience en santé.

Définir et identifier le savoir expérientiel du patient et notamment la « fonction » de patient-expert : un lien très étroit est à prévoir avec le parcours «maladies chroniques».

- Faire connaître et développer le diplôme universitaire du patient-expert.
- Reconnaître l'investissement en temps du patient-expert et lui donner une légitimité vis-à-vis des autres usagers.

1.2.2.3 Faire évoluer la formation des professionnels de santé.

- Influencer sur les universités et écoles (formation initiale) pour intégrer la thématique démocratie sanitaire dans les programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé.
- Favoriser l'intégration des patients dans la formation des professionnels de santé (rôle de patient-formateur).

1.2.2.4 Valoriser la fonction de représentant des usagers (RU)

- Recenser les compétences mobilisées par les représentants des usagers.
- Faire la promotion de la fonction de RU.
- Proposer des espaces d'échanges de pratiques entre RU.

1.2.2.5 Favoriser l'implication des citoyens-usagers sur les questions de santé.

- Organiser régulièrement des débats thématiques sur les territoires, et inciter les structures dont l'ARS a la tutelle, à faire de même.
- Prévoir la présence des citoyens/usagers dans les dispositifs en santé :
 - Réaliser un état des lieux des dispositifs de concertation existants (dans le secteur de la santé mais également dans d'autres champs) et évaluer leur fonctionnement.
 - Impliquer les représentants des usagers dans l'analyse des événements indésirables graves.
 - Inciter à la présence des usagers dans la mise en place et l'évaluation des nouveaux dispositifs en santé (exemple : plate-forme territoriale d'appui, GHT, maisons de santé, hôtel-patient...).
- Valoriser les connaissances et l'expérience de santé des habitants sur un territoire :
 - Développer les évaluations d'impact en santé.
 - Mener des enquêtes pour identifier les besoins réels sur les territoires.

1.3 Mettre en place une politique régionale de ressources humaines en santé

La problématique de la démographie médicale et des difficultés d'accès aux soins dans les territoires ruraux focalise l'attention sur la question du nombre et de la répartition des professionnels de santé. Pourtant, dès que l'on commence à aborder la question, d'autres viennent en cascade : des professionnels pour quels besoins ? Du premier recours, certes, mais avec quelles spécialités et quels services hospitaliers en appui de ces soins de proximité ? Quelles compétences, quelles pratiques, quelles organisations de soins répondront aux besoins de la population de 2023 et des années suivantes ? Comment les professionnels eux-mêmes perçoivent-ils ces évolutions et comment, au regard de leurs aspirations, rendre les territoires périphériques plus attractifs pour les jeunes médecins ?

Ce sont toutes ces questions qui ont guidé nos réflexions et nous conduisent à engager plusieurs actions afin d'élaborer, progressivement et avec les intéressés, une politique régionale de ressources humaines en santé qui permette de traiter en parallèle les questions de démographie et de répartition territoriale, de modes d'exercice, de compétences et d'évolution des pratiques, de formation, de parcours professionnels et de qualité de vie au travail.

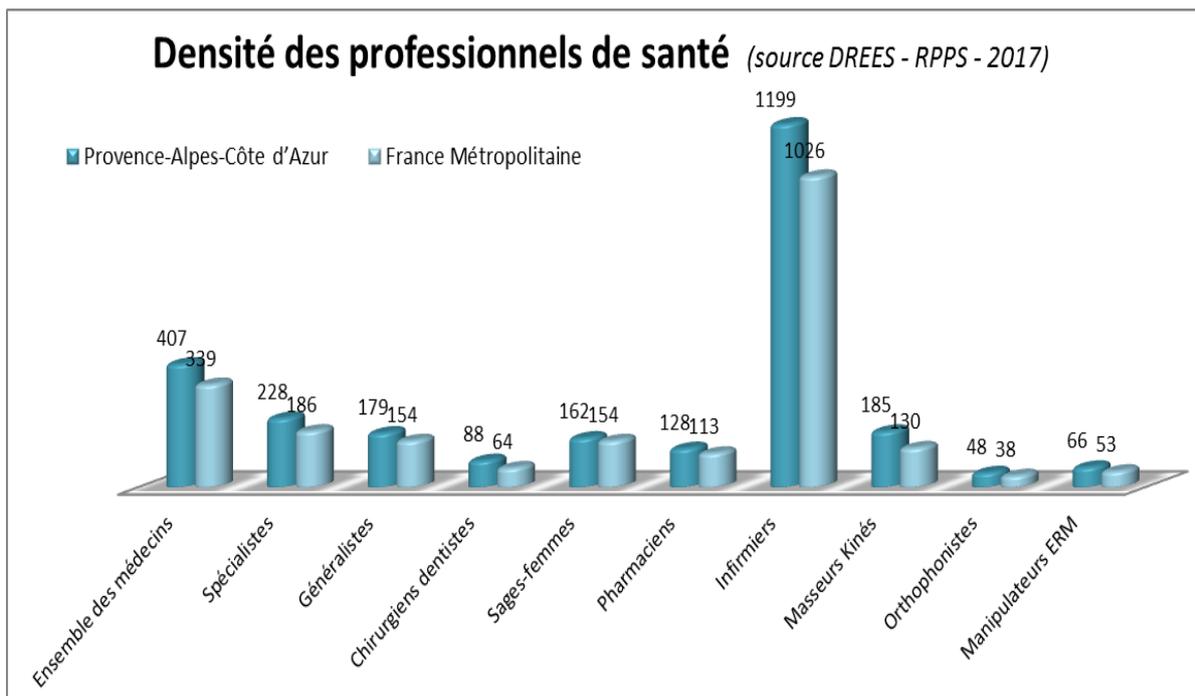
Les enjeux d'une politique de ressources humaines en santé sont donc de :

- Se doter d'une capacité d'analyse et d'anticipation pour adapter les formations aux besoins en personnels de santé, tant en nombre qu'en compétences.
- Accompagner l'évolution des métiers et des organisations.
- Améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé.
- Prendre en compte leurs attentes en termes de métiers et de conditions d'exercices.

1.3.1 Mieux connaître et anticiper les évolutions de la démographie

1.3.1.1 Partager les données et les analyses

Avec plus de 20 000 médecins, 60 000 infirmiers, 6 000 pharmaciens, 4 000 chirurgiens-dentistes et 11 600 autres professions de santé (1 700 sages-femmes, 9 000 kinésithérapeutes, ...), la région PACA affiche les densités les plus fortes en France, pour la quasi-totalité des professions ou spécialités. Si elle reste la plus dotée en professionnels de santé, elle souffre néanmoins de disparités territoriales qui vont s'aggraver dans les années à venir. De plus, dans notre région, l'importance du secteur privé et de l'exercice libéral impose une attention particulière sur les conditions d'accès aux soins.



Nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants

L'importance des départs en retraite se fait désormais sentir, en particulier dans les territoires les plus isolés et pour certaines spécialités médicales. De plus, les nouvelles générations de médecins ont des aspirations différentes de celles de leurs aînés, tant en termes de modes d'exercice que de pratiques et d'appréhension de leur carrière. Ainsi, contrairement aux décennies passées, le renouvellement des médecins ne se fera pas «naturellement», et une réflexion prospective et stratégique s'impose pour anticiper les besoins et accompagner les réorganisations. La problématique se pose également au niveau des professions paramédicales. En effet, en PACA, la part des infirmiers et des masseurs kinésithérapeutes de plus de 55 ans est supérieure respectivement de 6 et 4 points à la moyenne nationale.

De plus, la région PACA est particulièrement marquée par le vieillissement de sa population et de ce fait par le développement des maladies chroniques. La conjonction de ces deux phénomènes amène les professionnels de santé de ville à être confrontés à des patients de plus en plus complexes dont la prise en charge sanitaire est liée à la situation sociale.

Pourtant, plus que de médecins, nous manquons de temps médical : leur périmètre d'activité s'est étendu à des fonctions de coordination ou des tâches administratives et, contrairement à ce qui s'est passé dans d'autres pays, la transition épidémiologique ne s'est pas traduite par une réorganisation des soins ni par de nouvelles répartition des responsabilités entre professionnels.

Il s'agira donc d'engager une analyse prospective et d'identifier les leviers :

- Pour l'accès aux soins de proximité : anticiper les situations à risques et mettre en place des actions incitatives pour les jeunes médecins.
- Pour maintenir des équipes complètes sur les plateaux techniques des établissements de santé, en fonction de leur niveau (simple, spécialisé ou de recours).
- Pour prendre en compte les évolutions des périmètres de certaines spécialités : entre gynéco-obstétriciens et sages-femmes, anesthésistes et infirmières anesthésistes, ophtalmologues et orthoptistes,...

1.3.1.2 Rencontrer les professionnels et les étudiants afin de mieux comprendre leurs aspirations et leurs besoins.

Le but est de renforcer les leviers de l'attractivité des professions de santé dans les zones isolées : liaison avec l'expertise (via la télémédecine), équipes pluri-professionnelles, lien ville hôpital, nouvelles organisations, incitatifs financiers et nouveaux modes de rémunération ...

Le Comité régional de l'observatoire national de la démographie médicale (ONDPS) sera piloté par l'ARS, le Comité régional de l'ONDPS rassemble l'ensemble des acteurs concernés : les doyens des universités de médecine, les conseils de l'ordre, les représentants des URPS médecins et paramédicaux, les représentants des étudiants ... Il sera l'instance de pilotage de la démographie médicale et paramédicale.

Il permettra de partager ces analyses prospectives de l'offre afin de construire ensemble des réponses organisationnelles innovantes.

Des groupes de travail spécifique seront mis en place pour les soins de proximité, la santé de la femme et la filière visuelle, et sur tout sujet jugé prioritaire. L'instance en charge de la répartition des stages des internes et les groupes de travail rendront compte de leurs travaux au Comité régional au moins deux fois par an.

1.3.2 Accompagner l'évolution des métiers et des organisations

L'évolution des métiers de la santé dans les années à venir devra prendre en compte un triple changement : la technicité croissante dans les stratégies thérapeutiques ; la personnalisation des prises en charge et l'accompagnement des personnes et de leur entourage ; l'évolution des frontières entre les métiers de la santé, le développement de la pluridisciplinarité et des pratiques partenariales. Face à l'importance de l'ensemble de ces évolutions, il importera encore davantage de «prendre soin de ceux qui soignent».

1.3.2.1 Promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice

Alors que l'articulation ville-hôpital est essentielle à la bonne continuité des soins, les échanges entre l'institution hospitalière et les soins primaires, ou soins de proximité, restent encore «professionnels dépendants» et peinent à se structurer. C'est également le cas avec le secteur médico-social.

- Préfigurer de nouvelles organisations et accompagner les professionnels.

Face à l'expertise, le patient, même bien éduqué et informé, aura besoin d'accompagnateurs, de médiateurs et de référents de proximité.

Il y a là tout un champ à investir et en 2030, les métiers infirmiers et paramédicaux auront pris une nouvelle place, avec des professionnels de santé de pratiques avancées, qui pourront tout à la fois assurer des réponses de proximité et faciliter la continuité avec les soins de spécialité et de recours.

De plus, le virage ambulatoire nécessite en miroir un développement des prises en charge au domicile. Plusieurs pistes innovantes pourront ainsi être explorées et mises en place :

- Accompagner les GHT pour la constitution d'équipes médicales partagées et la structuration des liens avec les médecins de ville et le secteur médico-social (intra GHT et inter GHT).
- Inciter les médecins à avoir un exercice partagé avec des zones déficitaires en ressources soignantes.

- Préfigurer des modes de prise en charge intégrée, dans le cadre des expérimentations «article 51» de la LFSS 2018 sur des sites pilotes ayant déjà une expérience en pratique avancée ou avec des équipes de professionnels volontaires.
- Soutenir la recherche en soins de proximité avec la participation active des acteurs médicaux, paramédicaux et des patients afin d'améliorer les pratiques médicales ambulatoires et de mieux mesurer les impacts des soins primaires en termes de santé publique.
- Former les professionnels à l'utilisation des outils collaboratifs sécurisés : télémédecine, messageries sécurisées, dossier médical partagé... afin de favoriser les échanges et constituer ainsi de véritables communautés professionnelles autour de la prise en charge de chaque patient.
- Repérer, évaluer et accompagner les innovations organisationnelles qui facilitent l'accès aux soins, et permettent de remédier aux inégalités de santé. Il s'agit d'innover pour que des équipes appartenant à des structures différentes (libéraux, associatifs, privés, publics) adhèrent à un projet territorial commun pour améliorer l'état de santé d'une population.

1.3.2.2 Accompagner la répartition des compétences soignantes sur les territoires

Il s'agit à la fois de développer les soins de premier recours, d'assurer une répartition territoriale des «soins de second recours», et de renforcer les équipes de soins de 3^{ème} recours autour de plateaux techniques performants.

L'accompagnement de la répartition des professionnels comprend plusieurs dimensions : l'information, l'incitation, par des dispositifs financiers notamment, et l'aide à la mobilité le cas échéant. Cet accompagnement peut aussi devenir plus global, et concerner des équipes pluri professionnelles.

Agir dès l'internat :

- Sensibiliser les internes aux différentes aides et dispositifs existants pour faciliter leur installation en médecine de ville ou à l'exercice en établissement de santé en organisant, deux fois par an, une rencontre avec les internes, les médecins et structures des territoires (professionnels de ville et établissements de santé), les universités de médecine, des collectivités territoriales, l'assurance maladie et les institutions concernées.
- Mettre à disposition des internes une information claire sur les différents types de carrières possibles à l'issue de leur formation tant en ville que dans les établissements de santé et sur les dispositifs d'incitation et d'accompagnement.
- Favoriser «les îlots de formation» permettant aux internes de médecine générale de suivre tout ou partie de leur troisième cycle d'études médicales sur un territoire à distance de la faculté de Marseille ou Nice. L'expérience montre qu'après deux années universitaires passées au sein d'un même territoire, les internes se sont constitués un réseau de professionnels et sont plus enclins à s'installer en périphérie.
- Intégrer la spécificité des pratiques médicales de ville à la formation des médecins et développer les terrains de stage chez les praticiens libéraux, toutes spécialités confondues, avec un axe spécifique sur l'importance de la pluridisciplinarité.
- Rencontrer les internes en médecine pour co-construire une politique territoriale en faveur de la démographie médicale
 - Il s'agit à la fois d'informer les jeunes médecins, dès leur internat, sur les postes disponibles, les opportunités d'installations, les incitatifs et les aides existants, et d'être à l'écoute de leurs attentes et de leurs besoins.

- L'ARS reçoit régulièrement les représentants des internes ; en complément, deux rencontres annuelles seront organisées pour permettre à tous les internes qui le souhaitent de rencontrer des établissements et des porteurs de projets qui recrutent.

Créer des postes passerelles entre l'internat et l'installation ou le recrutement en CH

- Faire connaître et amplifier la création de postes d'Assistants Spécialistes à Temps Partagé (ASTP) qui permettent à de jeunes médecins de finir leur maquette de formation, et à terme de faciliter leur installation dans les établissements ou maisons de santé périphériques.
- Etendre le dispositif d'ASTP à la spécialité de médecine générale entre une structure ambulatoire et un établissement public de santé afin de favoriser l'exercice mixte qui semble correspondre aux aspirations des jeunes médecins.
- Encourager et valoriser les temps médicaux partagés entre établissements et avec les structures ambulatoires et médico-sociales.

1.3.2.3 Soutenir les établissements de santé dans leurs réorganisations

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit que les établissements de santé publics constituent un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et y associent des établissements privés dans une logique d'accès aux soins, de qualité et de filières.

A terme, la fonction ressources humaines (RH) des établissements de santé va se trouver profondément modifiée : les fonctions de formations font partie du socle mutualisé (formations initiales et continue des paramédicaux, développement professionnel continu des médecins), et les projets médicaux partagés conduiront, de plus en plus les établissements du groupement à avoir une politique convergente en matière de ressources humaines médicales.

Pour accompagner ce mouvement, il est possible de :

- Accompagner les GHT dans leurs analyses des besoins en personnel médical et paramédical et développer au sein de chaque GHT, la culture de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences avec une vision prospective.
- Identifier les spécialités médicales en tension.
- Accompagner la mise en place des équipes médicales de territoires au sein des GHT, en liaison avec les soins de proximité, accompagner la création des nouveaux métiers et des nouvelles organisations par des dispositifs innovants (formation, financement ...).

1.3.2.4 Construire des parcours professionnels valorisant la mobilité

L'idée est de proposer des parcours professionnels diversifiés et valorisants afin de permettre aux professionnels de santé qui jouent la carte de la territorialisation d'avoir des garanties de possibilité de mobilité vers des centres hospitaliers plus importants après quelques années.

- Cette notion de parcours professionnel est essentielle pour attirer des jeunes vers les territoires ruraux : ceux-ci seront d'autant plus attractifs qu'ils n'apparaîtront pas comme des impasses professionnelles. Il faut jouer sur tous les outils de la coopération entre structures pour permettre des détachements et mises à disposition de professionnels de santé expérimentés en périphérie pour une durée déterminée, avec une assurance de retour et de valorisation de l'expérience acquise. C'est un sujet en cours de discussion avec les universités et les CHU.
- Une démarche analogue pourrait être engagée avec le secteur médico-social qui peine à recruter des infirmiers : les jeunes sortis d'instituts doivent pouvoir consolider leurs acquis au sein d'équipes hospitalières. Les EHPAD et structures médico-sociales ont un taux d'encadrement infirmier plus faible et doivent bénéficier de professionnels expérimentés, et fortement connectés à l'hôpital.

Il nous faudra collectivement innover pour valoriser ces parcours professionnels, dont les premiers bénéficiaires seront les personnes accueillies et les patients :

1.3.2.5 Prendre soin de ceux qui soignent

Assez paradoxalement, les besoins des soignants en matière de santé sont restés longtemps sous silence. Le soin et le « prendre soins » (*care*) sont pourtant des activités exposées, avec, du fait du poids des patients (au sens propre et figuré) des risques physiques et psychiques réels. De plus, le soignant ne l'est que s'il s'implique en tant que personne : sa bonne santé physique et mentale est son outil de travail. Souvent très engagés, les professionnels de santé sont souvent plus résistants et résilients. Pourtant, les personnels du secteur médico-social sont plus touchés par les troubles musculo-squelettiques (devant le BTP), et plusieurs événements dramatiques ont révélé le vécu de souffrance au travail des médecins.

Il s'agira donc, avec les établissements et les URPS, d'initier et de soutenir des actions pour mieux repérer les situations à risque, les prévenir et les corriger, et accompagner les professionnels. Plusieurs pistes sont à travailler :

- Poursuivre les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail.
- Repérer et diffuser les bonnes pratiques de qualité de vie au travail en organisant des échanges entre établissements, Identifier les problématiques rencontrées par les professionnels de santé, en ville comme en établissement, et mettre en place des actions spécifiques avec leurs représentants/ou leurs employeurs.
- Organiser des partages d'information et des temps forts sur ce thème en lien avec la HAS et la DGOS.
- Mettre en place des actions spécifiques pour les médecins (consultations spécifiques, groupes d'analyse des pratiques ...).

1.3.3 Agir dès la formation pour préparer les professionnels aux pratiques de demain

Les tendances actuelles laissent penser que, dans les années qui viennent, les passerelles entre les métiers seront accrues et les carrières professionnelles seront davantage diversifiées et mixtes. Les médecins consacreront une part de leur temps à travailler avec des infirmiers et d'autres professionnels paramédicaux, en particulier pour le suivi des patients âgés ou atteints de maladie chronique à un stade avancé.

De plus, les progrès de l'intelligence artificielle renforceront l'importance de la dimension empathique et pédagogique de l'acte thérapeutique.

Travailler avec les deux universités de médecine et le Conseil régional pour anticiper les besoins de formation et les évolutions à y apporter.

Les innovations décrites conduiront à renouveler les modalités de formation des médecins, afin de préparer les futurs professionnels à intégrer les innovations scientifiques et numériques, et à utiliser l'IA et les objets connectés au service de la relation avec le patient.

- Innover dans les modalités de formation (simulation, e-learning, intégration de l'intelligence artificielle ...).
- Former des professionnels ensemble et les former au travail en équipe, à la supervision et à la gestion de conflit, préparer les étudiants et les internes de médecine aux nouveaux modes d'exercice.

- Renforcer les compétences psycho-sociales et relationnelles des soignants, en intégrant les découvertes des neurosciences en matière de pédagogie, et de développement des compétences d'empowerment (pour eux-mêmes et pour leurs futurs patients).
 - Soutenir la création de la filière de formation en pratiques avancées et financer la part hospitalière des postes de formateurs infirmiers HU.

Préparer les étudiants en santé à leur rôle d'acteurs de santé publique

- Mettre en place le service sanitaire des étudiants en santé, en lien avec les étudiants, les facultés et instituts de formation, les élus et les associations.
- Intégrer la prévention-promotion de la santé dès la formation initiale des acteurs du soin, et inclure la prise en compte de l'environnement. Le Service sanitaire des étudiants en santé devrait permettre de sensibiliser et d'engager des étudiants à la prévention et de devenir de futurs professionnels de santé investis et sensibilisés afin qu'ils intègrent la prévention dans leurs pratiques professionnelles.
- Développer les compétences des professionnels pour répondre aux nouveaux défis sanitaires.

Orienter les formations continues vers le soutien à ces innovations

La formation continue peut être un puissant levier d'accompagnement du changement. En relation avec les OPCA, l'ARS souhaite contribuer à cette réflexion.

1.4 Déployer l'innovation et les systèmes d'information

Les innovations ont toujours tiré le système de santé et suscité ses adaptations. Aujourd'hui, à côté de l'accélération des innovations scientifiques et technologiques des domaines liés au soin, la capacité à récolter, traiter et stocker des données, la prégnance des systèmes connectés et, bientôt, le développement de l'intelligence artificielle (IA) ont un effet multiplicateur sur les évolutions.

Deux grands types d'innovations sont traités ici :

- Les innovations organisationnelles, qui doivent être impulsées et accompagnées.
- Celles du numérique, qui appellent de la part de l'agence un schéma directeur et une stratégie d'investissement et d'accompagnement.

1.4.1 Impulser et accompagner l'innovation organisationnelle

L'innovation n'étant par définition pas connue, il n'est pas question de décrire ci celles qui émergeront.

La stratégie nationale de santé pose le cadre : pour construire une politique de prévention intégrée, améliorer l'accès aux soins et lutter contre les inégalités, il faudra innover.

1.4.1.1 Avec l'article 51 de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018, le législateur a donné un cadre pour conduire des innovations organisationnelles

Les outils juridiques et financiers sont assouplis avec des possibilités d'expérimentations inédites : avec l'article 51 de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018, le législateur a ouvert la voie à la possibilité d'organiser des prises en charge globales (parcours ou épisodes de soins) et coordonnées par des équipes pluri-professionnelles. Il sera également possible d'innover dans les financements pour rémunérer l'ensemble des activités réalisées dans le cadre de la prise en charge globale des patients, et de rémunérer les pratiques avancées des professionnels paramédicaux qui y seront associés.

La région PACA a déjà des atouts grâce aux expérimentations en cours (PAERPA : accompagnement du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, dans le Var est, infirmières en pratiques avancées en MSP ou en cancérologie ...). La mise en œuvre de l'article 51 permettra d'aller plus loin et de préfigurer des prises en charge centrées sur des filières de soins ou des situations complexes.

De plus, l'ARS PACA est région expérimentatrice pour plusieurs dérogations lui permettant d'assouplir le cadre réglementaire de mesures facilitant le développement des soins de proximité et les prises en charge médico-sociales. Ainsi, les conditions de validation d'un programme d'éducation thérapeutique sont assouplies et les professionnels pourront en créer davantage pour permettre aux patients de devenir plus autonomes dans la prise en charge de leur maladie.

Le cadre donné par l'article 51 de la LFSS permettra de recenser les initiatives allant dans le sens d'une approche globale et coordonnée des patients, afin de pouvoir les inclure dans le dispositif expérimental ou de les accompagner dans une étape intermédiaire de maturation (incubateurs de projets). Dès la mise en place du dispositif de validation des projets par le niveau national, l'agence réalisera un appel à projets dans ce sens.

1.4.1.2 L'innovation organisationnelle viendra également de l'analyse des données et de leur utilisation pour l'aide à la décision, la coordination et le suivi des patients

L'enjeu de la valorisation de la donnée recueillie

Un système d'information moderne en santé doit se donner comme objectif de rendre les données recueillies intelligibles pour l'aide à la décision qu'elle soit du côté du clinicien, du côté du patient mais

également en matière de santé publique. La question posée est donc celle de la qualité de la valorisation de données massives et relève d'une réflexion sur « l'architecture du choix »^[2], qui dépasse à l'évidence les strictes considérations régionales.

Les grands entrepôts de données peuvent être mis au service de l'organisation du système de soins et de la santé publique

Le SNDS collige à l'échelle de l'individu et pour la France entière, la majeure partie des consommations de soins effectuées en ville et à l'hôpital : son exploitation efficace représente donc un enjeu important au plan académique et pour la décision publique dans notre pays.

Ainsi, un nombre conséquent de travaux de recherche en santé publique s'organisent actuellement autour de cet outil dans les domaines de la pharmacovigilance, de la pharmacoépidémiologie (ex : ANSM) et concernant des problématiques d'efficacité de parcours de soins en relation dans le cadre de techniques de type « big data ».

Le développement des outils numériques peut apporter une aide à la décision au niveau du patient, par le partage d'informations qu'il peut générer entre professionnels. Il ouvre d'une part la voie à une meilleure « coordination » des actions, d'autre part la possibilité d'un monitoring en temps réel permettant au patient d'être acteur de sa santé et des stratégies thérapeutiques qui le concernent à plus longue échéance (établir un parcours cible par exemple).

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

1.4.2 Utiliser les outils numériques : des objets connectés à la télésanté, quel partage d'information et pour quoi faire ?

Le présent volet du PRS constitue une synthèse des orientations stratégiques en matière de mise en œuvre et de développement des systèmes d'information locaux et régionaux en PACA. Il sera décliné plus précisément au niveau du schéma directeur régional des systèmes d'information.

Ces éléments constituent le cadre de référence régional pour le développement des outils du numérique en santé. Ainsi, ils ont vocation à être pris en compte pour tous les projets de systèmes d'information locaux, ou régionaux :

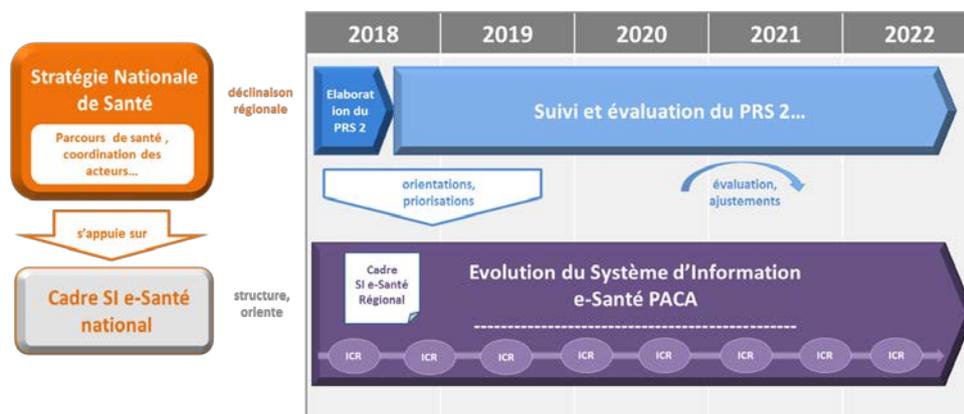
- Elaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information : Etablissements de santé, structures de coordination, GHT, ...
- Evolution et mise en œuvre de nouveaux outils informatiques au sein des structures de santé
- Mise en œuvre d'un dispositif de coordination ou bien de partage et d'échange de données de santé.

Néanmoins, ce volet du PRS n'a pas pour objet de traiter des modalités précises de mise en œuvre ou bien de développement des systèmes d'information de santé internes et propres à chaque acteur.

Il constitue un cadre de référence pour toute interaction avec l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) PACA, ainsi que les plateformes nationales dédiées aux données de santé.

^[2] « Nudge, la méthode douce pour inspirer la bonne décision », Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein

Il est amené à évoluer afin de répondre à l'évolution du contexte national, notamment le cadre réglementaire et la politique nationale de santé. Il s'adaptera également à l'évolution du contexte régional, en fonction de l'émergence de nouveaux besoins et de la politique régionale de santé



Les axes stratégiques e-Santé

Les éléments déclinés ci-dessous ont été définis en tenant compte :

- De l'état des lieux du développement des systèmes d'information de l'ENRS PACA.
- Des besoins exprimés par les professionnels de santé, ainsi que les patients dans le cadre général de concertation mis en œuvre pour l'élaboration du PRS.
- De la stratégie de santé nationale, et de sa déclinaison régionale.
- De l'évolution du contexte en matière de nouvelles technologies dans le domaine de la santé, ainsi que des innovations techniques et organisationnelles.
-

Les principaux objectifs du cadre stratégique SI en région se déclinent comme suit :

- Inscrire le numérique en tant que levier du développement de la politique régionale de santé
- Définir une gouvernance régionale permettant la concertation responsable et l'implication de l'ensemble des acteurs concernés.
- Définir un socle commun de développement des outils du numérique.
- Mettre en œuvre les dispositifs nécessaires à l'accompagnement des acteurs régionaux afin de répondre aux orientations nationales, ainsi qu'à l'ensemble des directives réglementaires, et aux besoins des acteurs de la région.
- Inscrire l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) dans une stratégie de mutualisation, d'échange, et de respect des normes de sécurité et d'interopérabilité.
- Ouvrir l'ENRS à l'ensemble des professionnels de santé, ainsi qu'aux patients.

1.4.2.1 Définir une gouvernance régionale autour des systèmes d'information

L'instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 précise l'organisation sur laquelle chaque ARS devra s'appuyer pour définir et mettre en œuvre la stratégie régionale d'e-Santé en concertation avec tous les acteurs de santé (établissements de santé, établissements médico-sociaux, médecine libérale, structures de coordination, ..). L'ARS PACA a initié une réflexion autour de la gouvernance

régionale en matière de e-Santé, qui aboutira l'application opérationnelle d'un nouveau dispositif de gouvernance dès le premier semestre 2018.

La nouvelle gouvernance vise plusieurs objectifs :

- Doter la région d'un dispositif de concertation associant l'ensemble des acteurs concernés par les projets e-Santé et les évolutions de l'ENRS PACA.
- Renforcer l'implication des acteurs de l'offre de soins, ainsi que des patients afin de développer les usages du numérique dans un objectif d'efficacité et d'appui aux organisations.
- Développer des dispositifs d'appui et d'accompagnement des acteurs dans la mise en œuvre des politiques nationales et régionales en matière de système d'information, ainsi que la promotion de l'innovation.
- Structurer la maîtrise d'ouvrage régionale et renforcer le dispositif de dialogue responsable et efficace dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.
- Doter la région d'un schéma directeur régional des systèmes d'informations, déclinaison opérationnelle de la stratégie régionale e-Santé.

1.4.2.2 Généraliser les normes et usages pour les outils en lien avec les plateformes et projets nationaux

Généraliser l'usage et l'accès de la messagerie sécurisée MS-SANTE

Le déploiement de la messagerie sécurisée de santé s'inscrit dans le cadre de l'instruction DGOS/PF5/2014/361. Cette disposition vise à sécuriser les échanges et le partage de données de médicales entre les professionnels de santé.

La mise en œuvre de cette instruction a fait l'objet de plusieurs actions d'accompagnement et de soutien à l'échelle nationale ces dernières années.

Au niveau de la région PACA, le projet a bénéficié d'une forte dynamique d'accompagnement vis-à-vis des acteurs concernés. Ainsi, une plateforme d'interopérabilité avec l'espace de confiance de l'ASIP (agence française de la santé numérique) été mise en œuvre. Elle a facilité l'accès à l'usage de la messagerie sécurisée de santé (MS-Santé) pour tous les acteurs volontaires.

La stratégie à venir poursuit cette forte dynamique en vue de l'augmentation des usages et des volumes de flux d'échanges sécurisés. Elle induit un objectif de totale compatibilité des SI locaux avec la MS-SANTE. Cette interopérabilité se traduit par une automatisation de la génération de flux sécurisés pour toute diffusion de données de santé vers des partenaires et/ou des plateformes régionales.

Généraliser l'usage et promouvoir le peuplement de la plateforme Dossier Médical Partagé (DMP)

Le dispositif autour du DMP suite au décret n°20166914 du 4 juillet 2016 est un axe important de développement de l'ENRS régional. Il se traduit par une étroite collaboration avec l'assurance maladie pour développer les usages et le peuplement du DMP. Cet objectif s'inscrit dans une orientation globale de partage et de facilitation d'accès aux données médicales pour les patients, ainsi que les professionnels de santé autorisés.

Le schéma directeur régional des systèmes d'information y contribuera au travers de projets visant à :

- Renforcer et augmenter le niveau d'interopérabilité des SI locaux avec la plateforme DMP.
- Promouvoir le développement des outils du numérique au sein des structures de santé et au niveau de la médecine de ville.

- Promouvoir et appuyer la mise en œuvre des dispositions facilitant le peuplement du DMP.

1.4.2.3 Soutenir la mise en œuvre et le déploiement des référentiels nationaux et des normes d'interopérabilité des SI de santé

Consolider les référentiels régionaux – Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et Serveur Régional de Rapprochement des Identités (SRIR).

Il s'agit d'un axe majeur de la stratégie systèmes d'information du présent PRS : les référentiels régionaux tels que le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), ainsi que le Serveur Régional de Rapprochement des Identités (SRIR) constituent un socle commun pour toute interaction avec l'ENRS PACA.

En conséquence, la stratégie régionale vise un objectif de pleine interopérabilité des SI locaux avec les référentiels régionaux cités ci-dessus.

S'agissant du Serveur Régional de Rapprochement des Identités (SRIR), ce dispositif constitue un prérequis à tout déploiement d'outils régionaux. Il permet une identification régionale unique pour les patients. Il répond au cadre réglementaire et organisationnel autour de l'identito-vigilance dans toutes ses dimensions.

Assurer la conformité aux normes et au cadre de la politique générale de sécurité des systèmes d'information

La criticité des données de santé, et la recrudescence des menaces dans le domaine du numérique induisent la nécessité d'une vigilance extrême en matière de sécurité des systèmes d'information. Ce contexte a induit un renforcement du cadre juridique et des dispositifs de contrôle de la conformité des SI aux règles de sécurité. La conformité des systèmes d'information de santé à l'échelle régionale et locale est un impératif pour tout acteur du champ concerné. Elle conditionne la sécurité de tout traitement de données nominatives, et à fortiori les données de santé.

La politique générale de sécurité des systèmes d'information (PGSSI) nationale sera déclinée à l'échelle régionale tant au niveau du SI régional que pour les SI locaux. Par ailleurs, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entre en vigueur en mai 2018. Sa mise œuvre impacte fortement les dispositions de sécurité des données nominatives tant au niveau de l'ENRS que pour les SI locaux.

La stratégie régionale vise à s'assurer que l'ensemble des composants du SI régional soient conformes au cadre réglementaire, ainsi qu'aux bonnes pratiques en la matière.

Un plan d'action et des mesures d'accompagnement et d'incitation de tous les acteurs de l'offre de soin seront conduits, afin de les inciter à promouvoir et à décliner les mesures de sécurité au niveau de leurs systèmes d'information.

Intégration des Systèmes d'information et normes d'interopérabilité.

Outre les travaux d'urbanisation de l'ENRS, la stratégie de développement du numérique comporte un axe majeur autour des problématiques d'intégration et d'interopérabilité des différents composants du SI régional.

Cette stratégie s'attache à :

- Porter les travaux d'interopérabilité des outils SI développés pour les usages régionaux.
- Appuyer et accompagner les acteurs de l'offre de soins dans leurs travaux d'intégration de leurs outils avec les plateformes régionales, ainsi qu'au niveau local (SI des établissements).

Ce volet s'appuie sur le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS). Il porte un objectif d'efficience et de sécurité et qualité des données en privilégiant la saisie unique de la donnée, puis sa diffusion aux outils concernés. Son champ couvre :

- L'interopérabilité technique qui porte sur les modalités de transport des flux et sur les services garantissant l'échange et le partage des données de santé dans le strict respect des exigences de sécurité et de confidentialité.
- L'interopérabilité des contenus métiers, qui permet le traitement des données de santé et leur compréhension par les systèmes d'information en s'appuyant sur des référentiels communs.

1.4.2.4 Accompagner les établissements dans le cadre de la mise en œuvre des SI de Groupements Hospitaliers de Territoire

La loi de modernisation du système de santé N° 2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit la constitution de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Cette disposition précise certains éléments autour des systèmes d'information de cette nouvelle entité.

La stratégie régionale se décline dans une logique d'efficacité des SI des GHT et de cohérence avec l'ENRS en matière d'urbanisation et d'interopérabilité.

Le principe de convergence des systèmes d'information est retenu. Il a pour objectifs de :

- Faciliter l'accès et le partage de l'information afin de répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des patients entre les établissements du GHT.
- Faciliter la mutualisation des fonctions telle que définie au niveau du projet du GHT.

Ces objectifs se traduisent par :

- Une homogénéisation progressive du système d'information au sein du GHT.
- La mise en place d'une gestion commune des «identités patients».
- L'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information du GHT conforme aux objectifs du projet médical partagé.

1.4.2.5 Développer la maîtrise d'ouvrage régionale déléguée et l'Espace Numérique Régional de Santé

Accompagner les acteurs de santé et leur fournir un appui méthodologique dans la mise en œuvre des politiques nationales autour des systèmes d'information : sécurité des SI, accès à l'offre industrielle, conduite de projets, ...

Le système d'information constitue désormais un enjeu stratégique pour l'ensemble des acteurs dans le champ de la santé. Il porte des enjeux et des contraintes de plus en plus forts :

- Cadre réglementaire.
- Gestion du risque et de la sécurité.
- Nécessité de continuité de service du fait de la criticité des composants.
- Enjeux économiques, juridiques et contractuels.
- Complexité technique.

Ces éléments constituent des freins potentiels au développement du numérique pour certains acteurs.

Afin de répondre à cette difficulté, la stratégie de développement des systèmes d'information inclut un volet d'accompagnement des structures. Cet accompagnement pourra se décliner sous plusieurs formes :

- Aide méthodologique.
- Mutualisation d'expertises.

- Mutualisation de dispositifs de contractualisation.
- Mise en œuvre de structures de formalisation des retours d'expérience.
- Télémédecine

Accompagner le déploiement de la télémédecine

La télémédecine est un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins. Elle s'inscrit dans une logique d'amélioration de prise en charge des patients mais également de mutualisation de ressources et de moyens. Ainsi, elle permet :

- Une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients.
- Une mutualisation des expertises dans une logique de qualité et d'efficacité.
- Une facilitation de l'accès aux soins en contribuant à rompre l'isolement des professionnels de santé et du secteur médico-social, ainsi que des patients.

Le recours à la télémédecine répond également à des enjeux en lien avec le contexte général de santé à l'échelle nationale, ainsi qu'aux spécificités à l'échelle régionale pour PACA. En conséquence, le développement des organisations et des technologies en télémédecine constitue un levier majeur pour répondre aux enjeux épidémiologiques, de gradation des soins, de démographie médicale et de performance

Cinq priorités ont été identifiées dans le cadre national :

- Imagerie et télé radiologie au service de la permanence des soins.
- Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC).
- Santé des personnes détenues.
- Prise en charge des maladies chroniques (insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque ou diabète...).
- Soins dans le cadre de structures médico-sociales ou d'hospitalisation à domicile (HAD).

Les spécificités de la stratégie régionale de télémédecine

Tout en s'inscrivant pleinement dans le cadre des priorités nationales, la stratégie régionale de télémédecine en PACA répond également aux spécificités locales. Ceci se traduit par la prise en compte des sept parcours de santé identifiés comme prioritaires.

Le développement des usages en télémédecine sera prioritairement orienté vers les zones fragiles, les structures d'exercice coordonné, le secteur médico-social, les milieux pénitentiaires et les groupements hospitaliers de territoire. Le déploiement des technologies du numérique en matière de télémédecine portera également les projets d'innovations technique et organisationnelle.

Toute activité de télémédecine efficace doit reposer nécessairement sur un projet médical et une organisation répondant à des priorités et à des besoins de professionnels et de population d'un territoire.

Le cadre réglementaire généralise le financement des téléconsultations et des télé-expertises et met ainsi fin à leur caractère expérimental. Il prolonge de quatre ans le financement des expérimentations de télésurveillance prévu dans le cadre du programme Etapes (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé).

Le Dossier Communicant de Cancérologie

Le dossier communicant de cancérologie (DCC) a été développé par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC). Le Plan cancer 2014-2019 réaffirme l'importance du DCC et œuvre à sa

généralisation. Il prévoit la généralisation du DCC et vise à mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.

La stratégie régionale en E-Santé intègre cet objectif national et en fait une priorité en PACA.

Elle se traduit par le déploiement d'un premier socle de partage des fiches RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire) à l'échelle de la région. Ceci induit la mise en œuvre d'une plateforme mutualisée au sein de l'ENRS et accessible à tous les acteurs concernés par le parcours cancer. Les services inhérents à cette plateforme seront déployés en cohérence avec les autres composants de l'ENRS tels que la messagerie sécurisée, l'annuaire des RCP, le programme personnalisé de soins (PPS), les modalités d'accès aux recommandations de pratiques cliniques et aux registres des essais cliniques, ...

Accès aux outils de diagnostic en imagerie médicale (Pacs - Picture archiving and communication system)

Le domaine de l'imagerie médicale a fait l'objet de nombreuses mutations technologiques lors de ces dernières années. Par ailleurs, les industriels ont développé des offres permettant de mutualiser des fonctions d'aide au diagnostic en imagerie. Ces offres intègrent également des plateformes de partage et d'échange en imagerie médicale.

La stratégie régionale vise à généraliser l'imagerie sans film à l'ensemble des territoires. Il s'agit de déployer des plateformes de mutualisation des fonctions Pacs et de stockage et archivage des données permettant ainsi de concourir à :

- Faciliter la disponibilité du dossier d'imagerie du patient pour l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans un parcours, notamment dans le cas du parcours cancer.
- Outiller les processus de télémédecine et de télé expertise en imagerie médicale.
- Mettre à disposition des structures et des établissements qui le souhaitent une plateforme en optimisant les coûts.

Coordination et gestion des parcours de soins

Le volet gestion des parcours est inscrit au niveau du PRS en tant qu'axe stratégique assorti de plusieurs parcours prioritaires. Le système d'information a clairement été identifié comme levier pour l'atteinte des objectifs de gestion des parcours et coordination des professionnels de santé.

Cette stratégie induit la nécessité de mise en œuvre d'un système d'information agile et performant. Il devra faciliter le décloisonnement des différents champs de la santé, et la coordination optimale des acteurs. A l'ère de l'avènement du numérique, où de nombreux projets e-santé innovants sont entrepris à l'échelle nationale ou régionale, les acteurs du champ de la santé souhaitent des outils ergonomiques qui facilitent leur activité quotidienne, qui soient interopérables avec leur propre système d'information et qui permettent une gestion transversale, interactive et réactive des parcours des patients.

Ces enjeux ont été identifiés à l'échelle nationale et en partie atteints au travers du programme TSN (Territoire de Santé Numérique) initié en 2014 par le ministère chargé de la santé pour les régions pilotes.

S'agissant de la région PACA, cet axe s'inscrit dans le programme SNACs (Services Numériques d'Appui à la Coordination). Cette stratégie s'appuie sur une organisation des services d'appui à la coordination avancée en région et dont le maillage, l'efficacité et les axes de développement ont été précisés au cours de l'année 2017 dans le cadre de la mission régionale SACO (Service d'appui à la coordination). Une forte mobilisation de l'agence et des acteurs de l'offre de soin autour du programme national SNACs et le développement de « l'e-parcours » à l'horizon 2021.

Ce dispositif permettra aux professionnels du territoire d'avoir accès aux données nécessaires à l'orientation, l'accompagnement et la prise en charge des personnes et des patients. SNACs sera donc un outil déterminant pour la continuité et la coordination des soins.

L'ARS PACA a développé son effort en 2017 pour l'élaboration, en étroite collaboration avec les partenaires de santé de la région, d'une véritable stratégie de déploiement des services numériques d'appui à la coordination en région.

Ces travaux ont permis de définir, au regard des caractéristiques du territoire et des priorités en termes de parcours, les SNACs à déployer et les actions à mener prioritairement en PACA :

- Sécuriser le déploiement des SNACs par la fiabilisation des services socle comme notamment le ROR et le serveur régional d'identité.
- Proposer un ENRS unique et simple d'usage pour la mise à disposition des services numériques d'appui à la coordination déployés régionalement.
- Renforcer et simplifier les moyens de partage de données de santé entre professionnels et avec le patient sous le consentement éclairé de ce dernier.
- Développer l'interopérabilité des systèmes d'information des professionnels de santé avec l'ENRS et les SNACs.
- Renforcer les moyens de dépistage des symptômes de la fragilité et donner les moyens de développer l'autonomie du patient en intégrant le rôle des aidants.
- Evaluer en continu la qualité de la prise en charge et de l'offre de soins afin d'éviter les ruptures dans les parcours de santé.
- Réduire les temps de gestion administrative dans un contexte de croissance importante des actions de coordination.

L'ARS finalise, en 2018, les modalités et les principes de déploiement des SNACs prioritaires : des territoires pilotes seront déployés avant généralisation à l'ensemble de la région.

La feuille de route SNACs s'inscrit pleinement dans le cadre des programmes nationaux (déploiement du DMP, de la MSS..) et s'articule avec les projets régionaux en cours (ex : PAERPA, et expérimentation MSS).

Ouvrir l'ENRS à l'ensemble des professionnels de santé quelle que soit leur activité, ainsi qu'à l'ensemble des établissements de soins et des structures médico-sociales.

La généralisation des outils du numérique à l'ensemble des acteurs de santé, ainsi que l'identification de la gestion des parcours comme axe stratégique tant à l'échelle nationale qu'au niveau régional, nécessite de fédérer l'ensemble des professionnels de santé autour des outils numériques régionaux.

La généralisation de l'accès à l'ENRS pour l'ensemble des professionnels de santé passe par le développement des services adaptés aux différents types d'exercice, ainsi qu'à l'ensemble des structures de prise en charge (professionnels en exercice libéral, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, structures de coordination,...).

Ouvrir l'ENRS aux patients

Les orientations nationale et régionale font état de la nécessité de mettre le patient au centre du dispositif de prise en charge. Ainsi, le patient est acteur à part entière et doit pouvoir accéder à ses données de santé et interagir avec les professionnels de santé qui l'accompagnent ou le prennent en charge.

Pour cela, l'ENRS sera ouvert aux patients et les services proposés seront adaptés à leurs besoins et aux usages du numérique dans la sphère privée, afin de faciliter leur utilisation par le grand public..

L'ARS s'attachera à impulser et accompagner l'innovation organisationnelle et technologique, en particulier via des expérimentations en lien avec les industriels et les structures susceptibles de proposer de nouvelles technologies ou bien de nouveaux usages dans le cadre d'un partenariat régional.

1.4.2.6 Mettre à disposition les indicateurs de suivi et de performance

Le développement de nouveaux composants au niveau de l'ENRS, ainsi que la généralisation des usages autour des outils du numérique est de nature à générer un capital de données dont l'exploitation pourra être mise à la disposition de l'ensemble des acteurs de la région.

Cet axe vise à doter la région d'une plateforme de production d'indicateurs permettant à chaque acteur de disposer de ceux dont ils auront besoin, avec la possibilité de couvrir plusieurs domaines d'expertise.

1.5 Soutenir les coopérations et la coordination des acteurs

Face au nombre croissant de situations complexes, qui peuvent mobiliser différents intervenants des secteurs de la prévention, du sanitaire et du médico-social, le décloisonnement des interventions est d'autant plus nécessaire que le nombre d'intervenants augmente.

L'enjeu est de faire émerger des organisations territoriales pluridisciplinaires et pluri professionnelles, qui construisent des réponses communes concrètes adaptées aux besoins des personnes et des patients (adaptées aux personnes avant qu'elles ne deviennent des patients ...) par une meilleure allocation des ressources, en partant des besoins au domicile.

A terme, tous les patients en situation complexe devront pouvoir bénéficier d'un plan personnalisé de santé élaboré avec eux et les différents intervenants, plan qui pourra être suivi à travers son dossier médical partagé (DMP) avec son équipe soignante.

Les changements pour permettre la concertation constituent une transformation des pratiques qui font appel à de nouvelles compétences et nécessitent des outils d'information partagés adaptés. C'est l'un des enjeux forts de la transformation de notre système de santé.

1.5.1 Organiser la disponibilité des services d'appui à la coordination (SACO)

- Mettre en place les services d'appui sur l'ensemble du territoire : gestion de cas, équipes mobiles, accès rapide à l'expertise sur le modèle des «fast tracks», en mobilisant les ressources du territoire, les solidarités entre territoires et les possibilités ouvertes par la e-santé.
- Structurer le développement de ces services d'appui en faisant converger les différents dispositifs de coordination existants plateformes territoriales d'appui, réseaux, MAIA...ou à venir : projets territoriaux de santé mentale.

1.5.2 Construire des réponses pour la coordination des prises en charge de proximité

- Proposer des espaces d'échanges et de concertation pour partager les informations sur les besoins de la population du territoire, pour mieux se connaître, se faire connaître et échanger sur les pratiques.
- Elaborer des outils de travail partagés et les mettre à jour régulièrement : protocoles partagés de prise en charge, outils d'information partagés, systèmes d'information interconnectés.
- Organiser et valoriser les temps de concertation dédiés aux situations individuelles complexes : réunions de concertation pluridisciplinaire, commissions de cas critiques,...
- Capitaliser sur l'analyse des retours d'expériences des situations individuelles complexes pour améliorer les organisations.

1.5.3 Responsabiliser les acteurs par de nouveaux modes de financement et leur donner un intérêt à agir pour la coordination des prises en charge

- Expérimenter la rémunération des activités de coordination des professionnels de santé pour consolider des modèles médico-économiques adaptées à la prise en charge des parcours de santé, en cohérence avec les évolutions réglementaires nationales, et dans un objectif d'efficacité de la dépense publique.
- Expérimenter, pour certains parcours de santé très complexes, une rémunération liée à la pertinence du parcours de santé, y compris dans le champ de la dépendance.

1.6 Agir ensemble et autrement : une nouvelle gouvernance des territoires

Si le système de soins relève majoritairement de la responsabilité des autorités et des acteurs de santé, ce n'est pas le cas d'un système de santé : la prévention, le maintien et le développement de la santé dépendent, comme l'a démontré à de nombreuses reprises l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de très nombreux facteurs environnementaux, sociaux, éducatifs ... et finalement assez peu sanitaires. Les autorités et les acteurs de santé ont donc besoin de la mobilisation de l'ensemble des responsables et institutions concernés pour conduire des politiques en faveur de la santé.

La complexité du système de santé, le « millefeuille administratif » dénoncé par Patrick Viveret, sont fréquemment mis en avant comme des obstacles pour proposer une réponse de qualité aux besoins de santé des populations : l'absence de communication entre les acteurs, l'émiettement des responsabilités et des financements et la redondance des instances de gouvernance sont autant de critiques formulées par tous les acteurs impliqués dans la santé, institutionnels y compris. Ce constat a été clairement formulé dans les travaux d'évaluation du PRS 1 de notre région.

Face à ce constat, l'enjeu est de remettre de la cohérence au niveau territorial entre les différentes interventions que ce soit au niveau institutionnel comme au niveau des acteurs de santé. A partir de ce canevas partagé, chaque acteur peut déployer sa stratégie et les projets dont il a la responsabilité, tout en contribuant à l'information de toutes les parties prenantes. En s'appuyant sur les interdépendances ainsi révélées, des projets ad-hoc de partenariat pourront émerger pour construire des réponses innovantes aux difficultés des territoires.

Ainsi l'Education nationale, la Direccte, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales de notre région, et notamment les conseils départementaux, et tous nos autres partenaires sont des acteurs essentiels de la conduite et de la réussite d'un certain nombre d'axes partagés, parmi lesquels, par exemple l'évolution de l'offre médico-sociale et le « virage » vers une société plus inclusive.

1.6.1 Des pistes de coopération entre acteurs

Plusieurs pistes de coopération entre acteurs se dessinent particulièrement.

1.6.1.1 La santé des populations

L'analyse des parcours de santé fait particulièrement ressortir la nécessaire transversalité entre acteurs et institutions, en particulier pour la prévention, le maintien au domicile et l'inclusion dans la société des personnes dépendantes ou vulnérables. Pour les trois publics ci-dessous, la consolidation d'une gouvernance partagée sera priorisée.

- La santé de l'enfant :
 - Des institutions multiples : les conseils départementaux avec les services de Protection maternelle et infantile, les communes, l'éducation nationale et la santé scolaire,...
 - Des liens forts seront à maintenir, à l'instar de la convention avec l'Education nationale
- La santé des personnes âgées : poursuivre la logique démarrée dans le cadre du dispositif Parcours de la personne âgée en risque de perte d'autonomie.
- La santé mentale et l'organisation territoriale : la politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs sont associés (y compris ceux

du logement, de l'hébergement et de l'insertion) au sein notamment des projets territoriaux en santé mentale.

1.6.1.2 La démographie des professionnels de santé

- Pour mettre en place une politique de ressources humaines en santé pérenne et en faveur des territoires périphériques.
- Pour coordonner nos politiques de formation, d'incitation, de recrutement et agir pour proposer des parcours professionnels diversifiés et des solutions de logement
- Pour consolider la politique de santé au travail des professionnels de santé
- Avec les universités, le conseil régional, les conseils départementaux, notamment les sur le versant médico-social, les collectivités territoriales, la DIRECCTE, l'Assurance maladie-Risques professionnels,...
- Le comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) sera un véritable comité de pilotage de la démographie médicale et paramédicale.

1.6.1.3 Les réorganisations territoriales et de l'accès aux soins

Les réorganisations seront nécessaires pour tenir compte de l'évolution des besoins de la population, et de la gradation des soins et des services :

- Pour accompagner l'émergence et la mise en œuvre des projets d'adaptation de l'offre de santé dans tous les domaines, en particulier pour le soutien
- Pour organiser les services et leur accessibilité : les transports, les services au domicile,...

Dans les zones frontalières de la région, les réorganisations tiendront compte de l'offre des territoires proches. Ainsi, pour le territoire d'Arles, l'évolution de l'offre de soins a été étudiée en concertation avec l'ARS Occitanie et avec le CHU de Nîmes.

Le département des Alpes maritimes est confronté à une situation de concurrence difficile à maîtriser du fait des accords internationaux avec la Principauté de Monaco : un financement différent de l'hôpital et l'absence de toute régulation crée une attraction non maîtrisable à la fois pour les patients et pour les professionnels de santé, qui trouvent, à quelques minutes de Nice, des conditions de rémunération et d'exercice très supérieures.

1.6.1.4 L'environnement et son impact sur la santé

- Pour intégrer les enjeux de santé dans les décisions des politiques publiques de proximité
- Travailler avec l'ensemble des collectivités et les administrations concernées contribuant à des environnements favorables à la santé : transports, urbanisme, participation à la vie sociale, logement,....

1.6.1.5 La santé au travail

La santé au travail relève de la responsabilité des employeurs. L'ARS a néanmoins une double responsabilité dans ce domaine :

- Soutenir la politique d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques auprès des acteurs de santé, en particulier au sein de la fonction publique hospitalière et, plus largement, dans les établissements de santé, médico-sociaux ; à ce titre, elle impulse et finance des actions ciblées, en partenariat étroit avec les établissements et les organismes spécialisés (ARACT – agence régionale d'amélioration des conditions de travail, OPCA des 3 branches, CARSAT ...).

Elle contribue aux politiques de prévention et d'amélioration de la santé au travail, en lien avec la DIRECCTE et avec les différentes institutions.

L'action de l'ARS en direction des personnels de santé est décrite dans la partie 1-3 « prendre soin de ceux qui soignent ».

- Améliorer les parcours de santé. La relation entre santé et travail est un élément du parcours de santé, en particulier, parmi nos parcours prioritaires suivants : les malades chroniques, la santé mentale, les jeunes adultes, les personnes en situation de précarité, les personnes en situation de handicap, les addictions (cf partie 2). Deux étapes peuvent être mises en avant
 - L'influence du travail sur l'état de santé : prévenir, repérer et diagnostiquer les situations de travail qui ont des conséquences sur la santé des personnes
 - L'influence de la maladie ou de déficience sur le travail, en abordant avec les acteurs de santé et les institutions, la question du maintien dans l'emploi des personnes malades, et également celle du rétablissement suite à une maladie ou suite à la reconnaissance d'une déficience.

Face à ces enjeux, la volonté de l'ARS est de renforcer la collaboration avec la DIRECCTE.

1.6.2 Réunir, dans les territoires, l'ensemble des acteurs de santé pour partager le diagnostic et améliorer la santé

- Impulser des contrats locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et des projets territoriaux de santé mentale :
 - Les contrats locaux de santé (CLS) sont une opportunité pour rassembler les acteurs de santé d'un territoire, étudier les besoins de la population et faire des propositions concrètes. L'ARS lancera un appel à initiatives avec pour objectif la création de 10 à 15 CLS par an.
 - Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des espaces de concertation locale privilégiés et de co-construction de réponses concrètes aux besoins de santé mentale.
 - Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) sont élaborés par les acteurs de terrain pour organiser les conditions d'accès de la population à la prévention, au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce, aux soins, aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Ils doivent proposer des réponses transversales entre le sanitaire, le médico-social et le social, en impliquant les représentants des usagers, de la politique de la ville, des collectivités territoriales, ainsi que des conseils territoriaux de santé, et des conseils locaux de santé mentale.
- Poursuivre le développement et le partage des outils et méthodes pertinents pour réaliser des diagnostics de territoires communs et prospectifs afin de mobiliser toutes les énergies dans une même direction.
- Faire vivre une démocratie en santé dynamique en présentant des projets ambitieux à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les conseils territoriaux de santé.
- Soutenir l'émergence d'un réseau régional de la communauté des acteurs de santé : dans la continuité de ses forums régionaux «Les Agoras de l'ARS PACA» qui ont lieu tous les deux ans, l'agence crée un réseau social pour tous les acteurs de santé, l'Agora social club, qui sera disponible dès juillet 2018.

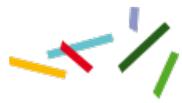
- convenir des thèmes de travail communs à développer avec les partenaires institutionnels, et au sein des instances régionales existantes (commissions de coordination des politiques publiques, commission avec l'Assurance maladie, Instance régionale pour l'amélioration de la pertinence des soins ...), pour la mise en œuvre concrète de la synergie des politiques publiques et la cohérence des financements: conseils départementaux, services de l'état, assurance maladie,...

1.6.3 Evaluer, analyser les résultats et identifier les expériences remarquables pour rendre compte des évolutions et accompagner le changement

- Réaliser un suivi régulier des actions mises en œuvre et communiquer.
- Evaluer les projets structurants au niveau des territoires en associant les acteurs de santé et les usagers.
- Organiser des partages d'expérience entre territoires.

1.6.4 Contractualiser avec les acteurs de santé pour accompagner le changement

- Traduire les objectifs du Projet régional de santé, en termes de services rendus à la population dans les projets de santé des acteurs pour leurs territoires : projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire, projets de santé des structures d'exercice coordonné.
- Contractualiser, entre l'ARS et les acteurs de santé, sur la base de ces projets de santé pour valoriser et soutenir ces transformations : projets immobiliers, évolution de leurs ressources humaines, partenariats et coopération mis en place avec d'autres acteurs.
- Les projets d'établissements intégreront les principes du développement durable et s'inscriront ainsi dans les démarches de qualité et de soins, de gestion des risques, de maîtrise des coûts, et de réduction des impacts environnementaux des établissements et des organisations dans les territoires.
- Contractualiser avec nos partenaires institutionnels (assurance maladie, éducation nationale, logement, travail transport, collectivités territoriales,...) sur nos champs de compétences partagés.



Partie II : Structurer des parcours de santé dans 7 domaines prioritaires

- **1- Parcours maladies chroniques.**
- **2- Parcours personnes âgées.**
- **3- Parcours personnes en situation de handicap.**
- **4- Parcours santé et précarité.**
- **5- Parcours santé mentale.**
- **6- Parcours petite enfance, enfants, adolescents, jeunes.**
- **7- Parcours santé et addictions.**

Partie II : Structurer des parcours de santé dans 7 domaines prioritaires

Souvent invoqué comme un remède miracle aux maux dont souffre le système de santé, le « parcours de santé » recouvre une multitude de concepts qui vont de la prise en charge globale (idéale ?) à la coordination, avec l'idée générale que cette coordination pourrait augmenter la qualité et diminuer les coûts.

Un parcours de santé coordonné se définit comme une possibilité d'organiser des prises en charge (accompagnements et/ou soins) en privilégiant la proximité, avec une attention portée à la personne concernée et à ses choix, et en lui permettant d'accéder aux bons niveaux de soins et d'accompagnement à chaque étape, aussi bien en matière de prévention que dans les champs sanitaire, médico-social, ou social.

Les premiers freins aux parcours de santé sont bien souvent les organisations en place : cloisonnées, elles sont construites dans des logiques d'institution. Or les besoins ont évolué : alors que les dispositifs juridiques et financiers sont restés centrés sur des prises en charge ponctuelles et uniques, les patients sont devenus chroniques et complexes (poly pathologiques, seuls ou isolés, pauvres, étrangers, handicapés ...) : comment assurer la continuité des droits et des prises en charge, même et surtout quand les institutions «ressources» sont multiples?

Il ne s'agit donc pas tant de «construire des parcours de santé» que de lever les freins à ces parcours, et de mettre à la disposition des professionnels des outils adaptés.

2.1 Principes et méthodes de l'approche par parcours de santé

Le parcours recouvre des réalités différentes selon que l'on est patient, professionnel ou institution

- Si pour un patient donné, chaque parcours de santé est unique, il est possible de décrire de grandes **typologies de patients**, qui, dans leur nature, dépendent moins de la pathologie elle-même que des caractéristiques de celui-ci :
 - Le parcours est d'autant plus difficile à organiser que le patient est atteint d'une pathologie chronique et complexe (poly morbidité). L'âge et les facteurs sociaux (conditions et niveau de vie, de réseau ou d'isolement social et familial ...) ajoutent un niveau de complexité sur lequel le système de soins a très peu de prise.
 - Avec les capacités d'analyse des données des SI, il devient possible de décrire les grandes catégories de patients pour chaque type de parcours, ainsi que les évolutions possibles et même probables.
- Ainsi, **pour le professionnel, le parcours est une suite de prises en charge à organiser et à anticiper pour assurer la meilleure qualité des soins.**
- Pour les **institutions**, les parcours se traduisent par un ensemble de prises en charge à **anticiper** pour adapter et donc **prévoir les ressources** à chaque étape, à la fois sur le plan des structures que les compétences et des moyens financiers ou matériels.
- Pour toutes les parties concernées :
 - L'amélioration des parcours repose sur une capacité de discernement, d'anticipation et d'organisation, ce qui suppose une démarche rationnelle, préparée et coordonnée.

- Tout retard ou erreur d'orientation dans le parcours de soins ou de santé a pour conséquences une perte de qualité (perte de chances pour le patient) et des surcoûts.

L'analyse des parcours révèle à quel point les étapes de prise en charge sont imbriquées : **il n'y a plus d'amont ni d'aval mais un continuum d'aides, de soins, de services, d'accompagnements, avec des épisodes de soins plus aigus** voire des hospitalisations, puis de nouveaux services à apporter ... et **ces étapes sont, au niveau collectif, prévisibles et anticipables**.

Aujourd'hui, il n'est plus possible de laisser les professionnels de santé gérer seuls l'ensemble des étapes, et réinventer ou improviser, à chaque changement de poste, une nouvelle méthode de coordination. Le temps médical et soignant doit pouvoir être consacré aux soins, et les nouvelles possibilités d'analyse des données être mises au service de la coordination. **Le partage et l'analyse des données, l'anticipation, et la structuration** seront les maîtres mots de l'organisation des parcours.

Pré-requis et méthodologie

Pour sortir de l'artisanat, la structuration des parcours nécessite certains prérequis et s'appuie sur la stratification des prises en charge :

- La connaissance des patients et des services offerts (accompagnements et soins) :
 - Chaque catégorie de parcours (personnes âgées, maladies chroniques ...) renvoie à des typologies de prises en charge qui peuvent être graduées en fonction de la complexité et des facteurs connexes (comorbidités, difficultés socio-économiques ...)
 - En miroir, décrire les types de prises en charge permet de pouvoir orienter les patients vers le bon niveau d'accompagnement ou de soins. De nombreux protocoles existent, d'autres seront à créer.
 - Dans ce domaine, toutes les régions ont conduit des expérimentations et pourraient partager leurs expertises.
- L'utilisation des données de santé
 - Au niveau de l'agence, le PMSI et le SNDS contiennent un grand nombre d'informations sur les parcours. Un travail d'analyse par parcours ou filières est nécessaire pour mieux identifier les priorités d'action, pour corriger des manques de qualité ou de pertinence, et des surcoûts évitables.
 - Les établissements de santé ne sont pas encore tous équipés de SI complets, et la prescription reste peu informatisée. Le secteur médico-social représente un chantier colossal. L'équipement des établissements sera un levier de la coordination.
 - Pour les patients, le dossier médical partagé (DMP) sera disponible à l'automne 2018 : ce sera également un outil incontournable pour la meilleure coordination des soins.
 - Les plateformes d'appui à la coordination des parcours complexes seront d'autant plus efficaces qu'elles pourront, d'une part relier chaque patient à une typologie et à un niveau de prise en charge (lourdeur médicale ou sociale ...), et disposer protocoles de prise en charge pour affiner l'orientation.
 - La professionnalisation de la coordination
 - La coordination des soins à l'hôpital a été portée par les cadres de soins et affinée avec les chemins cliniques : le savoir-faire existe, le temps manque souvent pour généraliser ces pratiques.

- La préparation des sorties d'hôpital est un succès partout où elle est organisée avec des infirmières de coordination ou un dispositif dédié. Elle pourrait être systématisée mais, si le bénéfice est bien collectif, cette coordination est à la charge de l'établissement seul.
 - La coordination en ville repose souvent sur le médecin généraliste : si son rôle est incontournable, celui-ci devrait disposer de relais efficaces pour épargner du temps médical et assurer la continuité. Les « cadres de soins de ville » sont à inventer !
 - Les patients chroniques complexes ont besoin d'un suivi soignant rapproché : certains protocoles de coopération y contribuent, et les professionnels paramédicaux aux pratiques avancées viendront bientôt les relayer. En attendant, des expérimentations pourraient permettre de modéliser des prises en charge globales, en particulier les expérimentations « article 51 » de la LFSS 2018.
 - La professionnalisation de la coordination butte enfin sur l'absence de modèle économique : établissements et MSP innovent « sur leurs marges » à partir de professionnels volontaristes et engagés. L'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2018 ouvre un champ de possibles que l'ARS PACA souhaite investir pour préfigurer des modèles de prises en charge globales et de parcours coordonnés.
- La recherche de solution par chacune des institutions concernées, dans le respect des responsabilités de chacune
- Les politiques de maintien à domicile et de « réponse accompagnée pour tous » nécessitent un appui sur des services d'aide à domicile proportionnés aux besoins de la personne ; or ceux-ci sont dépendants des moyens et des choix des collectivités territoriales. Combien de personnes âgées restent, chaque jour, hospitalisées faute de soutien suffisant pour permettre un retour au domicile ?
 - Sur les sujets du handicap ou du grand âge, la multiplicité des décideurs et des financeurs (qui ne sont pas toujours les mêmes) ne facilite pas le tour de table ... Et les professionnels de terrain qui cherchent des solutions au travers de collaborations souvent exemplaires se trouvent confrontés à des décalages entre les priorités financières et les calendriers des différentes institutions.

Les invariants des parcours

Les parcours sont tous constitués d'étapes communes dans leurs typologies, mais spécifiques selon les pathologies ou problématiques. Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire d'avancer sur les six axes suivants (les propositions d'actions ci-dessous, non exhaustives, sont détaillées infra dans chaque parcours) :

1. Agir pour des environnements favorables à la santé

- Favoriser la prise en compte de l'impact sur la santé de toutes les politiques publiques
- Informer la population pour lui permettre d'effectuer des choix éclairés.

2. Favoriser la promotion de la santé : approche transversale des déterminants de la santé, développement des compétences individuelles, éducation et prévention

- Agir le plus précocement possible, auprès des personnes, en particulier des enfants et des jeunes, renforcer leurs compétences psychosociales.
- Promouvoir les pratiques favorables à une bonne santé physique et mentale (alimentation, activité physique..).

- Poursuivre le déploiement de l'offre d'éducation thérapeutique dans les maisons de santé pluri professionnelles et les cabinets de ville.

3. Améliorer le repérage, le dépistage, le diagnostic et l'annonce des problèmes de santé

- Développer l'aller vers les populations les plus vulnérables ou éloignées du système de santé
- Améliorer l'accessibilité aux programmes de dépistage organisés.
- Organiser des concertations pluri professionnelles en amont de l'annonce.
- Doter les professionnels d'outils d'aide à l'orientation / à l'évaluation multidimensionnelle de toutes les problématiques.

4. Développer une prise en charge coordonnée des personnes, au plus près de leur domicile

- Créer une gouvernance territoriale de proximité impliquant la coordination des acteurs et l'individualisation des parcours.
- Disposer d'un bouquet de services numériques et doter les professionnels de systèmes d'information et de répertoires communs.
- Promouvoir le partenariat et la co-responsabilité des acteurs institutionnels et associatifs

5. Organiser l'accès aux soins, du domicile au recours spécialisé, y compris aux urgences et aux soins non programmés

- Organiser l'accès aux soins et à l'expertise. Différentes organisations sont possibles, par exemple par la mise en place des consultations dédiées pour les personnes en situation de handicap (soins dentaires, gynécologie).
- Structurer les services d'urgences pour permettre l'accueil puis l'orientation de tous les publics
- Développer des solutions «d'aller vers» en favorisant la mise en place d'équipes mobiles.

6. Renforcer l'accompagnement pour les personnes en perte d'autonomie ou souffrant de handicaps

- Prendre en compte les besoins des aidants et leur apporter de l'information et des formations.
- Structurer une offre de répit et développer l'accueil familial.

Les parcours prioritaires en Provence Alpes Côte d'Azur

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

La notion de parcours populationnel ou par thématique est une typologie pour faciliter l'élaboration de réponses concrètes au service des personnes et des acteurs de santé. Néanmoins, le patient peut être concerné par plusieurs parcours: être malade chronique et très âgé, ou être adolescent et en situation de handicap, ou encore être en situation de précarité et souffrir de troubles psychiques... Ainsi, il n'y a pas que «sept parcours», mais une démarche qui vise à réfléchir à la prise en charge de la personne en intégrant l'ensemble des problématiques qui concourent à sa santé.

2.2 Parcours maladies chroniques

Contexte

Les maladies chroniques, marqueur de la transition épidémiologique, représentent un enjeu majeur de santé publique au regard de l'évolution des pathologies à prendre en charge et de leur impact sur l'organisation du système de santé.

Les maladies chroniques sont devenues la principale cause de mortalité avec 87 % des décès en France (2014)]. En effet, les maladies infectieuses ont cédé progressivement leur place aux maladies cardiovasculaires, métaboliques, cancéreuses et rhumatismales. Ce phénomène est connu sous l'appellation de transition épidémiologique. Ce changement s'accompagne de modifications des besoins vis-à-vis du système de santé, de mutations profondes de ses structures et de son mode d'organisation.

Dans notre région, les maladies chroniques figurent parmi les trois premières causes de décès (cancers, maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires) et parmi les deux premières causes de mortalité prématurée évitable (cancers, maladies cardio-vasculaires).

Le poids du traitement des maladies chroniques constitue un réel défi pour l'avenir du système de santé et la société : les dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques représentent aujourd'hui 61% de la dépense de l'Assurance Maladie, concernent 35% de la population, et vont aller en s'accroissant.

Les projections à cinq ans faites par l'Assurance maladie à partir de l'étude des soins consommés font état d'une forte progression du nombre de personnes concernées en particulier pour les maladies neuro-vasculaires et le diabète.

Les maladies chroniques sont caractérisées par un état pathologique (physique, psychologique ou cognitif) appelé à durer, évolutif, et qui peut être émaillé de complications. Elles ont un retentissement fort sur la vie quotidienne se traduisant par une limitation fonctionnelle des activités ou de la vie sociale, une dépendance vis-à-vis d'un traitement, d'un suivi, d'un appareillage ou autre, et la nécessité de soins médicaux, paramédicaux, d'une surveillance, d'une adaptation ou d'une prévention particulière. Hormis cette définition commune, elles ont des causes, des manifestations et des modes de prise en charge bien distincts : les cancers, les affections cardio-vasculaires, le diabète, l'AVC, les maladies d'origine infectieuses chronicisées (VIH/VHC) les maladies neurodégénératives, les maladies respiratoires chroniques, l'insuffisance rénale chronique, les maladies chroniques ostéo-articulaires, du système digestif, les maladies rares, etc. Les troubles psychiatriques, bien qu'en faisant partie, font l'objet d'un chapitre spécifique (parcours santé mentale). L'approche adoptée s'intéresse à la dimension globale de la maladie chronique.

Enjeux

Les enjeux à dix ans sont d'infléchir la courbe de progression des maladies chroniques, de permettre à la personne atteinte de maladie chronique de gagner en autonomie sur ses décisions de santé, de devenir le « capitaine » de sa santé, et d'être tout au long des différentes étapes de son parcours de vie, prise en charge de façon personnalisée au bon moment, au bon endroit, par les bons professionnels.

Infléchir la courbe de progression de la consommation de soins liés aux maladies chroniques

La promotion d'environnements favorables à la santé et la prévention des facteurs de risques sont encore insuffisamment développées dans notre système de santé. Pourtant, ces interventions permettent d'agir, en amont, sur l'ensemble des déterminants de la santé, et ainsi de limiter les risques de survenue de ces maladies et de leurs complications. Créer les conditions nécessaires et suffisantes pour la santé passe aussi par des actions sur l'ensemble des politiques publiques et pas seulement par celles du domaine sanitaire ou médico-social.

Permettre à la personne de gagner en autonomie sur sa prise en charge et lui permettre de prendre des décisions éclairées sur sa santé

Les facteurs liés aux personnes malades (âge, sexe, ses caractéristiques psychosociales, son environnement...), à leurs représentations et à leurs sources d'information vont influencer au début de la maladie dans l'expression de leur demande et tout au long de celle-ci. La qualité de relation soignant-soigné qui s'instaure va conditionner l'adhésion au traitement, l'implication active dans la gestion de sa propre maladie, sa façon d'intégrer sa maladie dans toutes les composantes de sa vie, familiale, sociale, professionnelle...

Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, les conséquences sur la qualité de la prise en charge peuvent être négatives : absence de compréhension des évolutions possibles de la maladie et du rapport bénéfice/risques des traitements, non observances des traitements.

Une information de qualité est importante mais ne suffit pas à elle seule, une décision médicale partagée reposant sur l'information et l'éducation du patient est nécessaire, elle conditionne l'adhésion de la personne au programme personnalisé de santé qui lui est proposé en accord avec les recommandations de bonnes pratiques. Il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches.

Prévenir, repérer, diagnostiquer, soigner, accompagner et réadapter

L'accessibilité au dépistage, en particulier aux programmes de dépistages organisés est à améliorer. De même l'accès à un diagnostic précoce dont la pertinence doit être prise en compte car si la carence expose les personnes à une perte de chance, il en va de l'inverse dans certaines maladies, pour lesquelles il n'y a pas d'intérêt démontré au diagnostic précoce. Les dispositifs d'annonce de la maladie sont à développer. L'accès organisé à une offre de prise en charge de qualité, adaptée, voire personnalisée permettra d'anticiper et d'éviter les ruptures de parcours ; elle doit être accessible dans la proximité du lieu de vie du patient et permettre, lorsque cela est nécessaire, l'accès à des structures d'expertise. Cette offre doit inclure la possibilité, pour la personne malade, d'une éducation à sa pathologie.

Les conséquences de la maladie chronique sur la qualité de vie, les besoins et choix exprimés par la personne malade sont à mieux prendre en compte par les professionnels de santé. La place et le rôle des aidants doivent être mieux connus et pris en considération.

Améliorer la qualité de la prise en charge pour qu'elle soit personnalisée, globale et coordonnée

Une prise en charge personnalisée, respectant la personne dans toutes ses composantes produit de meilleurs résultats qu'une prise en charge standardisée.

Elle se fonde sur :

- Une personnalisation des soins : écoute du patient et compréhension de ce qui est important pour lui ; accès par un dialogue structuré aux connaissances, aux représentations, au ressenti du patient, à ses besoins, attentes et préférences ; réponses évolutives dans le temps en fonction des besoins individuels et des circonstances.
- Le développement et le renforcement des compétences du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans ses soins, dans la gestion de sa vie avec la maladie grâce au partage d'informations, à la délivrance de conseils et de précautions à prendre, à une éducation thérapeutique.
- Une continuité des soins dans le temps en apportant un suivi et un soutien au patient par une même équipe pluri professionnelle et si besoin pluridisciplinaire.

Adapter le dispositif de santé

La pluralité des intervenants issus de secteurs cloisonnés, nécessite la coordination des interventions et le partage d'information, mais aussi l'adaptation des métiers.

La formation des professionnels de santé et médico-sociaux doit évoluer et être adaptée aux nouvelles pratiques.

Il importe en outre de veiller à la spécificité de la prise en charge pédiatrique des enfants porteurs de pathologie chroniques (point développé dans le chapitre «parcours petite enfance, jeunes, jeunes adulte»).

Objectifs opérationnels

En plaçant le patient au cœur du système, en appréhendant ses besoins dans leur globalité y compris les dimensions sociales et environnementales, en renforçant le suivi à domicile, il s'agit de concevoir un parcours de santé personnalisé, en particulier pour les patients complexes.

Dans ce parcours, le rôle du médecin de premier recours est capital. Il tient une place prépondérante dès le début de la maladie, car c'est lui qui, devant les premiers symptômes, va effectuer la première évaluation clinique suivie de la prescription d'examen complémentaires et éventuellement d'avis de spécialistes, et ensuite va assurer avec l'équipe de soins primaires l'organisation de la prise en charge globale, l'orientation du patient et la coordination des interventions autour de celui-ci.

Objectif 1 : Développer des environnements favorables à la santé.

Objectif 2 : Organiser la réflexion et proposer des réponses adaptées autour des invariants de parcours.

Objectif 3 : Proposer l'accompagnement des personnes mais aussi de leur entourage dès le début et à tous les stades afin qu'elles vivent au mieux avec la maladie chronique.

Objectif 4 : Adapter l'organisation du système de santé.

Objectif 5 : Identifier l'organisation de la gradation des soins et des filières.

Objectif 1 : Développer des environnements favorables à la santé.

Notamment dans les centres urbains ou les zones soumises à des expositions environnementales délétères. Pour cela, l'ARS favorisera la formation des professionnels de santé à l'impact sanitaire des déterminants environnementaux. Elle favorisera également la prise en compte de l'impact en santé des autres politiques publiques : scolarisation, santé au travail, logement, transports (démarches intersectorielles)

Objectif 2 : Organiser la réflexion et proposer des réponses adaptées autour des invariants de parcours.

Il ne s'agit pas ici de décrire pour chaque pathologie chronique le parcours adapté mais de proposer, à partir des recommandations de la HAS ou de sociétés savantes, une réflexion globale sur les invariants d'un parcours de santé, quelle que soit la pathologie chronique, d'identifier les blocages communs, et de proposer des leviers d'amélioration.

- **Améliorer la prévention et le repérage de l'apparition des maladies chroniques et leurs conséquences : «Penser tôt - agir tôt»**
 - Promouvoir des actions de formations auprès des professionnels de santé pour valoriser les connaissances sur l'intérêt du repérage et donc de la prise en charge

précoce des maladies chroniques : «penser tôt - agir tôt» sur la base de recommandations de la HAS.

- Favoriser l'adhésion et l'accès aux programmes de dépistages organisés.
- **Permettre un diagnostic précoce des maladies pour éviter les errances de diagnostic ou le recours indus aux urgences.**

Il y a un paradoxe en PACA, région bien dotée en professionnels de santé, mais où les délais d'obtention de rendez-vous pour l'accès à une consultation spécialisée ou de recours/expertise sont souvent trop longs.

- Engager une réflexion sur l'amélioration des délais de rendez-vous pour l'accès aux consultations de spécialistes ou aux centres d'expertise et/ou de recours : création de circuits spécifiques de prise de rendez-vous.
- Mettre en place des solutions innovantes pour les pathologies dans lesquelles l'intérêt du diagnostic précoce est démontré, par exemple hotline réservées aux professionnels libéraux.

Objectif 3 : Proposer l'accompagnement des personnes mais aussi de leur entourage dès le début et à tous les stades afin qu'elles vivent au mieux avec la maladie chronique.

- **Encourager la mise en place de dispositifs d'annonce afin de :**
 - Organiser en amont une concertation pluri professionnelle.
 - Informer et soutenir la personne et l'entourage.
 - Préconiser des conseils d'hygiène et de qualité de vie.
 - Orienter vers une éducation thérapeutique.
- **Mieux vivre avec la maladie, être partie prenante, lorsque cela est possible, des options de traitement.**
 - Promouvoir les actions permettant l'accès à l'information des personnes (e-santé-éthique) pour que la relation médecin-patient soit plus équilibrée :
 - ✓ Favoriser le partage d'expérience entre patients et encourager la formation de patients experts.
 - ✓ Faciliter l'accès des patients et des associations à la connaissance sur les recommandations de bonnes pratiques et la pertinence des actes.
 - Mettre en place un dossier médical réellement partagé, pour lequel le patient est impliqué par les professionnels en veillant au respect de la confidentialité.
- **Développer l'éducation thérapeutique (ETP)**
 - Promouvoir la posture éducative dans la pratique quotidienne des professionnels de santé, notamment des médecins traitants.
 - Développer une offre adaptée selon le public visé notamment en direction de population précaire, y compris les personnes détenues.
 - Développer une offre plus ajustée aux besoins des patients :
 - ✓ Une offre qui va "vers les publics" : proche et accessible (ETP en ville, dématérialisation de certaines séances).
 - ✓ Une offre diversifiée: parallèlement aux programmes structurés, développer des actions d'ETP ciblées à fort enjeu de santé publique pour mieux répondre aux besoins des publics en fonction de l'évolution de leur maladie.

- Développer l'ETP dans une approche territoriale en tenant compte des spécificités locales, pour assurer un maillage plus homogène de l'offre, notamment sur les territoires où celle-ci est ténue, en renforçant le partenariat et des articulations entre des programmes existants ou en redéployant et réorganisant l'offre de façon plus pertinente. Au-delà de l'accroissement de l'offre, il s'agit ainsi de promouvoir un maillage du territoire plus pertinent et qualitatif.
 - Développer l'offre d'ETP au niveau du premier recours.
 - ✓ Développer l'offre au sein des maisons de santé publiques, pôles de santé et cabinets de ville.
 - ✓ Renforcer et rendre opérationnel le lien ville-hôpital.
 - ✓ Réenclencher le travail de sensibilisation des professionnels de santé libéraux, notamment les médecins traitants.
 - Poursuivre les actions de communication.
 - Encourager les professionnels à se former à l'ETP et les recenser.
- **Développer l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse**
 - Promouvoir l'impact positif d'une activité physique adaptée (APA) dans un parcours médico-actif personnalisé sur la pathologie.
 - Favoriser la mise en œuvre d'une activité physique adaptée.
 - Articuler ETP et APA, en créant des liens entre les structures porteuses, dans une logique d'actions passerelles.
 - **Améliorer la surveillance et la prise en charge des pathologies chroniques par les patients eux-mêmes**
 - Favoriser l'utilisation des objets connectés pour l'auto-surveillance.
 - Favoriser le développement de la télésurveillance médicale et de la téléconsultation.
 - **Promouvoir des actions de «déstigmatisation» de la maladie et le maintien dans l'emploi des personnes actives, la scolarisation des enfants et l'accès à la formation des jeunes adultes.**
 - Organiser la diffusion des informations sur les droits et dispositifs existants, en lien avec les différents régimes d'assurance maladie et les associations de patients.
 - Promouvoir des actions d'information-sensibilisation auprès des dirigeants de structures et les services chargés des ressources humaines en commençant par les secteurs médical et médico-social.

Objectif 4 : Adapter l'organisation du système de santé.

Le patient atteint de maladie chronique est plus sensible que les autres à la lisibilité et à la coordination du système de santé. En complément des mesures d'organisation prévues dans les différents chapitres de ce schéma régional de santé, des actions spécifiques seront mises en place :

- Encourager l'élaboration de programmes personnalisés de soins en évaluant les besoins et en prenant en compte les attentes des patients.
- Permettre une meilleure complémentarité des compétences des différents intervenants (IDE, MK, psychologues, diététiciens...) aussi bien en ville qu'à l'hôpital.
- Inventer de nouvelles prises en charge «globales» et innover dans les modes de financement (via notamment les possibilités d'expérimentations proposées par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018).

En soin ambulatoire, le modèle du thérapeute diagnostiquant et traitant dans l'instant de la consultation n'est pas adapté au suivi des malades chroniques. Le professionnel doit être proactif,

promouvoir la santé, prévenir les maladies, les complications et les séquelles, donner les explications nécessaires au patient à chacune des étapes. Cela nécessite un travail en équipe multidisciplinaire articulée avec d'autres acteurs du soin et du secteur social.

La réponse à ces nouvelles pratiques peut être apportée par :

- Le développement de nouveaux métiers : coordonnateurs de programmes d'éducation thérapeutique, gestionnaires de cas,... Ces nouveaux métiers requièrent des compétences spécifiques. Des offres de formations seront développées et proposées.
- Les délégations de tâches et le développement d'infirmières de pratiques avancées.

Objectif 5 : Identifier l'organisation de la gradation des soins et des filières ; optimiser la prise en charge en hôpital de jour.

Lorsqu'elles existent, les filières de soins ne sont souvent connues que des seuls professionnels qui en font partie. La filière de soins doit être une organisation qui permette d'assurer la prise en charge du patient à chaque niveau, avec une garantie de qualité et de sécurité, et la juste utilisation des ressources.

Cette organisation est constituée par :

- Le premier recours assurant le diagnostic, l'orientation, le traitement, le suivi des patients et la coordination de leurs parcours.
- Le second niveau de recours, généralement constitué par les professionnels libéraux ou hospitaliers spécialisés, qui offre des compétences médicales, para médicales et un plateau technique.
- Le troisième recours ou expertise assuré par des centres experts au niveau territorial ou régional selon les filières de pathologies pouvant faire l'objet d'une reconnaissance ou d'une labellisation. Ces centres, outre leur mission d'expertise, doivent s'assurer de la bonne orientation des patients compte tenu de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Le parcours du patient, selon la pathologie concernée et l'évolution de sa maladie, croise cette organisation. Il peut avoir besoin de l'expertise d'un plateau technique spécialisé pour le diagnostic puis être pris en charge par l'équipe de premier recours, en passant par des consultations spécialisées pour des bilans par exemple, d'où la nécessité d'une lisibilité de cette organisation selon des filières spécifiques à certaines pathologies.

L'une des étapes du parcours est la prise en charge en hospitalisation de jour dont la place et le développement doivent accompagner les besoins spécifiques de prise en charge de maladies au long cours. Cette activité nécessite d'être optimisée afin d'apporter une réponse plus adaptée au suivi des pathologies chroniques et aux besoins des patients.

- **Optimiser l'activité des hôpitaux de jour hospitaliers de médecine (hors endoscopies et hors chimiothérapies) pour répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques.**
 - Mieux structurer la médecine ambulatoire dans le cadre d'un parcours de soin adapté en favorisant :
 - ✓ Le fonctionnement des hôpitaux de jour de médecine sur la base de spécialité.
 - ✓ La constitution d'équipes dédiées multidisciplinaires.
 - ✓ L'accessibilité à des plateaux techniques étoffés.
 - ✓ Le déploiement territorialisé des ressources (équipes de territoires, consultations avancées...).
 - Améliorer l'accessibilité des ressources de la médecine ambulatoire aux professionnels de ville et aux patients par la promotion des circuits les plus courts notamment par :

- ✓ L'accès direct des médecins de ville à l'hôpital de jour à partir d'une sélection de cas relevant des circuits identifiés.
- ✓ La participation des médecins libéraux à l'activité d'hospitalisation de jour en médecine.
- ✓ La mise en place d'un interlocuteur dédié aux professionnels libéraux au sein des structures d'HDJ.
- Assurer une prise en charge d'un haut niveau de sécurité et de qualité à travers le renforcement des outils et des compétences des acteurs :
- ✓ Elaboration par les professionnels de protocoles communs de prise en charge sur la base d'un thésaurus par pathologie, de chemins cliniques déterminés dans le cadre d'enseignements postuniversitaires.
- ✓ Soutien de la mission de coordination médicale et des compétences des soignants.
- ✓ Généralisation de l'utilisation des ressources dématérialisées (traçabilité via le système d'informations, télémédecine..).

Résultats attendus

- Les patients atteints de maladies chroniques bénéficient d'un dispositif d'annonce
- L'accès à l'expertise est amélioré
- Les patients bénéficient d'un dépistage précoce de la maladie chronique
- Les professionnels de santé sont formés au repérage de la maladie chronique

2.3 Parcours des personnes âgées

Contexte

Selon les projections de l'INSEE, d'ici à 2040, le nombre de personnes âgées de 60 et plus augmentera de 57% contre 1% pour les moins de 60 ans.

La région Provence Alpes Côte d'Azur, dont l'indice de vieillissement¹ est le cinquième plus élevé de France, n'échappe pas à ce phénomène. En 2040, plus du tiers de la population régionale aura plus de 60 ans et un habitant sur 5 aura 75 ans et plus, contre un sur 10 aujourd'hui.

Si à l'heure actuelle, dans notre région, 86% des personnes âgées de 65 ans et plus se déclarent « *en bonne ou assez bonne santé* »², plus d'une personne sur deux souffre d'un problème de santé chronique et plus d'une personne sur 3 est limitée dans ses activités de vie quotidienne.

En outre, avec 30 000 nouveaux cas par an de maladies invalidantes et neurodégénératives, la région PACA, est le deuxième territoire plus touché de France³.

Dans ce contexte, également marqué par une réglementation mettant l'accent sur le maintien à domicile, souhait exprimé par une grande majorité de seniors, la prise en charge des personnes âgées apparaît comme un véritable enjeu pour notre système de santé dans les décennies à venir.

Ce défi transcende les clivages et concerne l'ensemble des domaines économiques et sociaux, au-delà des champs ayant trait à la santé :

- S'agissant de l'offre de soins libérale et ambulatoire, d'une part, la région PACA dispose d'une offre supérieure à la moyenne nationale, avec toutefois des zones de fragilité dans certains territoires pour l'offre de premier recours ; il est à noter également un vieillissement des professionnels de santé dont les effets vont commencer à se faire sentir, en particulier dans les territoires les plus isolés et pour certaines spécialités médicales.
- Concernant l'offre de soins hospitalière, d'autre part, qui apparaît diversifiée, avec des filières gériatriques structurées mais qui restent à compléter.
- Pour le secteur médico-social, marqué en PACA à la fois par de fortes disparités territoriales en termes d'équipement, d'activité, de palettes de services, mais aussi par une multiplicité des acteurs intervenant auprès des personnes âgées.
- Sur le plan social, également, notre région étant le troisième territoire le plus pauvre de France.
- Sur le plan économique, enfin, les conséquences du vieillissement devant impérativement s'accorder avec une logique d'efficacité et de soutenabilité économique pour la personne âgée et son entourage, mais aussi pour l'ensemble de la société.

L'évolution démographique constitue également un défi majeur pour l'ensemble des politiques publiques menées par les nombreux acteurs (Assurance Maladie, Etat, Région, Collectivités locales, territoriales...) intervenant dans le financement des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées.

Pour l'OMS, « vieillir en bonne santé » est défini comme le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées d'accéder à un état de bien-être ».

Cependant, ce vieillissement s'accompagne pour certains de dégradations importantes de l'état de santé aux conséquences desquelles nous devons faire face.

¹ L'indice de vieillissement (c'est-à-dire le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans), est particulièrement élevé (91,6) avec des pics dans le Var (110,6), les Alpes de Haute Provence (106,5) et les Alpes Maritimes (105,5), supérieurs à la moyenne nationale (74,5)

² ORS PACA

³ ORS PACA

Une dizaine de points de rupture dans les parcours de vie et de soins des personnes âgées ont été identifiés :

- L'anticipation insuffisante dans le repérage de la perte d'autonomie : le constat est partagé, le rôle de repérage, d'alerte et de suivi des personnes âgées en risque de perte d'autonomie n'est pas assez développé et intégré aux pratiques professionnelles. Pour y remédier, il importe d'agir sur la culture préventive par la formation des professionnels à chaque étape du parcours, et l'information du public. En effet, le repérage et la prise en charge des déterminants de la fragilité pourraient réduire ou retarder ses conséquences, comme le montrent certaines études d'impact⁴.
- Le recours et une durée moyenne de passage aux urgences trop importantes : en 2015, dans notre région, la part des personnes âgées de 75 ans et plus passant aux urgences a représenté 14% (soit une augmentation de 20% entre 2012 et 2016) avec une durée moyenne de passage de 6h contre 03h30 globalement au niveau régional⁵
- 40 % des admissions en hospitalisation complète sont passées par les urgences pour les personnes âgées de 85 ans et plus, contre 15 % pour les personnes âgées de 30 à 70 ans. Dans un certain nombre de cas, l'hospitalisation était requise mais le passage par les urgences aurait pu être évité.
- La fragilité et l'épuisement des aidants : la mauvaise santé des aidants, leur âge, leur solitude et leur charge en soins auprès de la personne âgée génèrent des situations de vulnérabilité. En 2014, leur nombre est estimé à près de 50 000 ETP d'aidants professionnels, intervenant auprès des personnes en pertes d'autonomie sévère et modérée. L'aide de l'entourage ou aide informelle reste majoritaire et représente environ 65 000 ETP (pour la perte d'autonomie sévère ou modérée). Avec 30 000 aidants supplémentaires chaque année, notre région est particulièrement concernée, d'autant que, dans 57 % des cas⁶, l'aidant principal est âgé (60 à 79 ans).
- La prise en charge des personnes âgées la nuit et le week-end : cette fragilité résulte, d'une part, d'organisations inadaptées et parfois non suffisamment sécurisées en institution, mais aussi d'un défaut de dispositifs de surveillance nocturne à domicile, alors que plus deux personnes sur cinq âgées de plus de 75 ans vivent seules en PACA, nombre en progression depuis 2006 (+9,8 %) et supérieur au niveau national.
- L'absence de circulation de l'information et de coordination entre les acteurs de la prise en charge (ville-domicile-hôpital-EHPAD) : c'est le second constat unanimement partagé : les acteurs intervenant auprès des personnes âgées sont multiples et souffrent d'un manque de pilotage et de coordination.
- Les transitions entre le domicile et l'établissement de santé sont souvent mal préparées, que ce soit au moment de l'entrée en établissement, ou au moment de la sortie.
- Les systèmes d'information, non communicants, souvent incompatibles, n'assurent pas d'échanges fluides entre les acteurs. Il peut en résulter des pertes d'information, ruptures de prise en charges, mais aussi redondances en évaluations et examens complémentaires.

⁴ Cesari C., Fougère B., Demougeot L. Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles. www.fragilité.org/livre-blanc - Livre blanc de la fragilité, 2015

⁵ e santé PACA ORU – Panorama activité des Urgences, 2016

⁶ ORS PACA – Projections de la perte d'autonomie et de sa prise en charge chez les personnes âgées de 75 ans et plus, 2017

- L'absence de lisibilité de l'offre et du système d'aide et de soin : la multiplicité des acteurs et des dispositifs rend très souvent le système illisible pour les personnes âgées, les aidants et les médecins traitants. Dans ces conditions, ces derniers peinent à disposer d'un accès direct à l'information sur les aides, les droits et les dispositifs existants.
- Les problèmes d'accessibilité financière : l'importance du reste à charge sur les aides à domicile, ou d'autres structures médico-sociales telles que les structures de répit et les EHPAD, influe sur la trajectoire des parcours de santé, entraînant des renoncements aux soins pouvant conduire à des hospitalisations indues. A cela s'ajoute une donnée à prendre en considération : 13% des personnes âgées de 60 ans et plus vivent aujourd'hui sous le seuil de pauvreté en PACA, contre 9% au niveau national.
- L'accessibilité géographique (notamment en zones rurales) : les enjeux territoriaux de la perte d'autonomie des personnes âgées sont centraux et les notions de proximité et d'accessibilité sont décisives. Or, certaines zones sont difficiles d'accès pour les professionnels (notamment du domicile) et certaines zones rurales sont sous dotées avec une offre variable selon les services ou structures (dysfonctionnement dans l'accès, le parcours et les liens sanitaire-médico-social-social). Cela génère une inégalité d'accessibilité et de couverture territoriale de l'offre de proximité.

Les fragilités spécifiques des personnes âgées

- L'isolement et la fragilité sociale des personnes âgées : plus de deux personnes sur cinq âgées de plus de 75 ans vivent seules en région PACA, chiffre en progression depuis 2006 (+9,8 %) et supérieur au niveau national.
- Les accidents de la vie courante : ils ont été à l'origine de 1 800 décès en moyenne par an entre 2009 et 2013 en PACA et concernaient plus de 3 fois sur 4 une personne âgée de 65 ans ou plus. La mortalité par accidents de la vie courante chez les personnes âgées est en augmentation dans la région depuis 2007, contrairement à l'ensemble du territoire national. Les chutes constituent la principale cause de décès domestique au sein de cette classe d'âge.
- La prise en charge des personnes âgées souffrant de polyopathologies : La coexistence de pathologies chroniques et la présence de problèmes psychologiques et sociaux fréquemment associés rend l'accompagnement plus complexe. Par ailleurs, les polyopathologies exposent les personnes âgées à une polymédication avec risque accru d'effets indésirables.

Enjeux

L'anticipation

Il s'agit d'anticiper l'évolution démographique et d'organiser le parcours de santé autour de la personne âgée mais aussi de l'aidant. Au-delà du maintien des capacités fonctionnelles, les deux objectifs principaux sont de prévenir les risques de perte d'autonomie et de repérer la fragilité des personnes âgées mais aussi des aidants, en agissant le plus en amont possible.

La mobilisation des professionnels doit donc se faire le plus tôt possible dans le parcours et de manière coordonnée.

- La prévention de la perte d'autonomie doit concerner chacun, tout au long de sa vie et notamment au cours de l'avancée en âge.
- Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées et des conditions de vie (habitat, ressources, aidants...)

La coordination des acteurs

L'objectif est de faciliter la coordination et la communication entre l'ensemble des acteurs qui accompagnent la perte d'autonomie : professionnels soignant (médecins, infirmières, aides-soignants, autres professionnels paramédicaux...), du travail social (auxiliaires de vie, assistantes sociales...) et aussi professionnels de l'animation et de l'aide à domicile.

- Cette évolution doit être pensée dans une logique de prise en charge pluridisciplinaire, à travers une étroite coordination entre les professionnels de soins de ville, les structures médico-sociales et sociales, les hôpitaux de proximité et les plateaux techniques gériatriques.

L'adaptation des ressources sanitaires et médico-sociales

Pour une prise en charge plus efficace des usagers, l'ensemble des professionnels doit donc pouvoir mieux communiquer et coopérer pour créer et développer des synergies afin de construire des réponses qui soient adaptées à la société d'aujourd'hui et de demain.

- Quels que soient les enjeux, la personne âgée, dont les valeurs et les préférences doivent être prises en compte tout au long du parcours, doit être considérée comme un partenaire actif de son projet de santé et de vie.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Prévenir la perte d'autonomie et anticiper les ruptures de parcours,

Objectif 2 : Renforcer, adapter et sécuriser le maintien à domicile,

Objectif 3 : Améliorer la coordination des professionnels et l'information des personnes âgées et de leurs aidants sur le territoire,

Objectif 4 : Améliorer les interfaces ville – hôpital,

Objectif 5 : Poursuivre l'adaptation des établissements de santé à la spécificité des personnes âgées,

Objectif 6 : Repenser la place des EHPAD et de l'ensemble des services / dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement au sein du parcours.

Objectif 1 : Prévenir la perte d'autonomie et anticiper les ruptures de parcours

- Organiser et développer des actions collectives et individuelles de prévention en articulation avec les conférences des financeurs.
- Accompagner et sensibiliser les aidants aux facteurs de risque de perte d'autonomie.
- Mener des actions ciblées visant à faciliter l'accès aux soins / lutter contre l'isolement géographique et social
- Déployer l'éducation thérapeutique à travers un décloisonnement du cadre réglementaire non adapté à la perte d'autonomie (sur le modèle PAERPA).
- Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse.

Objectif 2 : Renforcer, adapter et sécuriser le maintien à domicile

- Développer une réponse à l'urgence sociale afin d'éviter une hospitalisation.
- Eviter des hospitalisations inutiles, surtout de nuit.
- Favoriser l'accès à un conseil en expertise gériatrique pour les professionnels non hospitaliers sur chaque territoire.

- Repérer les fragilités et expérimenter l'intervention d'appui de temps de psychologue, psychomotricien et ergothérapeute dans les services intervenant au domicile des personnes âgées, en fonction des besoins.
- Développer une offre spécifique d'habitat inclusif.

Objectif 3 : Améliorer la coordination des professionnels et l'information des personnes âgées et de leurs aidants sur le territoire

La mission SACO - Services d'appui à la coordination – récemment instituée au sein de l'Agence régionale de santé PACA porte l'objectif d'accompagner la structuration et la montée en charge de la coordination territoriale.

Celle-ci doit en effet permettre un meilleur adressage et ainsi :

- Augmenter la pertinence des séjours (gagner du temps, trouver directement le bon niveau d'expertise).
- Epargner du temps médical de coordination et donc retrouver du temps médical pour le soin
- Préparer la sortie et améliorer les conditions de retour au domicile.
- Mettre en place et structurer une gouvernance territoriale entre les différents dispositifs de coordination (sur le modèle du PAERPA dans le territoire Var Est).
- Disposer d'un bouquet de services numériques adaptables aux besoins et à la prise en charge des personnes âgées.
- Doter les professionnels d'outils d'aide à l'orientation / à l'évaluation multidimensionnelle de toutes les problématiques.
- Améliorer la circulation de l'information entre professionnels pour une meilleure prise en charge des personnes âgées.
- Promouvoir la connaissance des outils et des dispositifs existants pour les personnes âgées et les aidants.
- Former les professionnels aux outils SI : formation en ligne messagerie sécurisée / déploiement du ROR.
- Mettre en place un recueil centralisé de l'offre du territoire, fiabilisé et actualisé et en assurer la continuité informationnelle.
- Aider à la prise en charge des personnes âgées en situation de précarité. (personnes âgées sans domicile).

Objectif 4 : Améliorer les interfaces ville – hôpital

- Mettre en place des bilans gériatriques en hôpital de jour pour améliorer le suivi des personnes âgées et éviter les hospitalisations en urgence.
- Privilégier les filières courtes avec accès direct en médecine ou gériatrie.
- Améliorer la prise en charge des symptômes psychiatriques / démences / soins des troubles psychiatriques du sujet âgé.
- Préparer et sécuriser la sortie d'hospitalisation.

Objectif 5 : Poursuivre l'adaptation des établissements de santé à la spécificité des personnes âgées

- Diffusion d'une culture gériatrique au sein des établissements de santé (équipes mobiles internes et externes, infirmiers formés en gériatrie, mise en place d'organisations internes favorisant la prise en charge gériatrique..).
- Poursuivre l'expérience menée par les équipes mobiles gériatriques intervenant en amont de l'hospitalisation.

- Favoriser la complémentarité des prises en charge en USLD et en établissement médico-social.
- Former les professionnels de santé au repérage de la fragilité en amont et en aval de l'hospitalisation.
- Développer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique des patients.
- Faciliter les relations des médecins généralistes avec l'hôpital :
 - Ligne téléphonique dédiée associée à un cadre hospitalier référent.
 - Dossier médical partagé ou accessible.
 - Comptes rendus de sortie systématique transmis dans les délais réglementaires, le même jour (article R-1112-1-2 du Code de la santé publique).

Objectif 6 : Repenser la place des EHPAD et de l'ensemble des services / dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement au sein du parcours

- **Inscrire chaque EHPAD dans une filière gériatrique complète**
 - Participer à la prévention des hospitalisations évitables.
 - Intensifier les liens et coopérations avec les établissements de santé et les acteurs extérieurs.
 - Diversifier les modalités de prise en charge en EHPAD et dans les services.
- **Améliorer les compétences gériatriques et l'accès à l'expertise**
 - Mettre en place des dispositifs innovants, notamment la nuit et le week-end.
 - Développer le recours à l'HAD et aux EMSP.
 - Renforcer la qualification des personnels.
 - Faciliter l'intervention des autres professionnels de santé en EHPAD.
 - Encourager les solutions de télémédecine dans les EHPAD.
- **Diminuer les inégalités sociales d'accès aux EHPAD**
 - Développer l'offre publique et veiller à l'accessibilité financière des EHPAD privés
 - Accroître le nombre de places accessibles via l'aide sociale.

Les résultats attendus

- Les professionnels sont formés au repérage de la fragilité
- Diminution du nombre d'hospitalisations non programmées
- Augmentation du recours aux structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, plateformes de répit des aidants), aux SSIAD, HAD, SSR et EMG
- Diminution du nombre de personnes ré hospitalisées suite au retour à domicile ou en institution à 7 jours et à 30 jours
- Réduction de la perte d'autonomie induite par l'hospitalisation
- 20% des EHPAD équipés pour recourir aux téléconsultations

2.4 Parcours des personnes en situation de handicap

Contexte

L'accompagnement du handicap s'inscrit dans une organisation complexe du fait de la multiplicité des types de structures et services concernés, des modes de financements impliquant des autorités différentes (Conseils départementaux et/ou ARS) ou encore de la diversité de handicaps. Sur la région PACA l'état de l'offre relevant du financement exclusif ou conjoint de l'ARS PACA représente 591 ESMS pour 23 900 places⁷.

Pour autant, malgré ce nombre important d'établissements et de services, il convient de relever que cette offre ne répond pas de façon satisfaisante à l'ensemble des besoins des personnes en situation de handicap. Les demandes aujourd'hui exprimées par les personnes en situation de handicap traduisent à la fois une augmentation et une évolution de leurs besoins en raison :

- Des taux de prévalence et de la diversité des situations de handicaps : psychique, TSA (troubles du spectre de l'autisme), sensoriels, troubles spécifiques du Langage et des Apprentissages, moteurs, pluri handicaps, polyhandicaps, traumatismes crâniens, déficience intellectuelle, handicaps rares.
- De la progression démographique de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie.
- Des progrès médicaux en termes de dépistage et diagnostic des troubles et déficiences ;
- De l'extension de la définition de handicap et des droits posés par la réglementation et le droit international ou européen qui confortent la personne en situation de handicap et sa famille dans leur choix de vie.
- D'une offre insuffisante ou jugée trop cloisonnée.

La personne en situation de handicap comme ses aidants aspirent à pouvoir accéder à l'ensemble des droits ouverts à tous citoyens qu'il s'agisse des droits à la santé, à la culture, la scolarisation, au travail, aux loisirs ... et à disposer de réponses adaptées.

Par ailleurs, les plans et programmes nationaux comprennent :

- La démarche «une réponse accompagnée pour tous» se structure autour de quatre axes induisant une évolution importante de la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap afin notamment de passer d'une logique de places et de filières à une logique de réponses adaptées. Plusieurs réformes en cours tendent à accompagner ces changements de logique et constitueront des leviers pour l'ARS Paca afin de réaliser les objectifs de ce second PRS : réforme de la tarification, CPOM, système d'information des MDPH, réforme des agréments....
- La stratégie d'évolution quinquennale de l'offre 2017-2021 tend à transformer et faire évoluer l'offre afin de pouvoir répondre à la diversité des aspirations des personnes en situation de handicap et de leurs aidants notamment sur les situations complexes, le polyhandicap et le handicap psychique. Il appartient alors à l'ARS de définir une gouvernance partagée avec les conseils départementaux et les MDPH afin de faire évoluer l'organisation territoriale et de construire avec les acteurs de terrains de nouveaux outils, dispositifs, réponses. Cette stratégie s'inscrit en déclinaison de la démarche «une réponse accompagnée pour tous».
- L'année 2017 marque la fin du troisième plan autisme 2013-2017 pour lequel l'ARS PACA a été dotée d'une enveloppe de près de 12M€. Dans le cadre du quatrième plan autisme destiné à favoriser l'insertion sociale et la citoyenneté des personnes, l'ARS Paca entend poursuivre sa politique volontariste engagée depuis plusieurs années en direction des personnes avec troubles du spectre autistique.

⁷ Soit 22% de places en moins que la moyenne nationale pour les adultes handicapés et 16% de moins pour les enfants et adolescents handicapés

Les principaux points de ruptures/fragilités identifiés sur les parcours des personnes en situation de handicap s'articulent autour des points suivants :

- L'accès aux aides pour la vie quotidienne
- L'accès aux soins.
- Les situations dites critiques et/ou complexes.
- Les âges charnières notamment :
 - A la petite enfance pour les questions de dépistage, diagnostic.
 - Pour la tranche 16/25 ans : passage à l'âge adulte, transition avec le secteur adulte et/ou en milieu ordinaire (enjeux autour de la scolarisation/formation professionnelle, les passerelles des ESMS enfants vers les ESMS adultes...).
 - Le vieillissement.
- Les besoins des aidants.

Enjeux

Au-delà de l'évolution du secteur médico-social il convient de modifier le regard que l'on porte sur le handicap dans le cadre d'un projet de société où les concepts d'inclusion et d'accessibilité universelle trouvent toute leur signification. Cela implique dès lors que la société s'adapte pour inclure les personnes vulnérables.

L'ARS PACA aspire à pouvoir contribuer à ce projet de société en soutenant dans le cadre de sa politique régionale de santé quatre enjeux majeurs :

«Zéro sans solution» ou comment accompagner le déploiement de la réponse accompagnée pour tous.

Le manque de places en Paca justifie une mobilisation particulière (plus de 4000 enfants inscrits sur liste d'attente).

De plus, certaines situations de handicap sont dites «complexes» ou «critiques» par la nature des «comportements à problèmes» que la personne peut présenter et de la multiplicité et des spécificités des réponses à construire, en particulier lors du maintien en établissement des publics de jeunes adultes.

Améliorer l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de handicap

La personne en situation de handicap doit pouvoir accéder sans discrimination à la prévention et aux soins de santé courants ; en effet, le handicap peut conduire à développer des affections secondaires, des comorbidités, des affections liées à l'âge, des maladies chroniques, des comportements à risque (tabagisme, dénutrition...) dont les carences de prévention et de soins sont autant de sources d'aggravation.

Promouvoir un parcours de vie plus inclusif aux âges charnières.

Parler de parcours plus «inclusif» pour les personnes en situation de handicap suppose de ne plus raisonner en terme de «places» mais de «réponses» et de créer des passerelles entre les milieux protégés, spécialisés et le milieu ordinaire.

Soutenir les familles et les proches.

Les familles et proches aidants sont des acteurs indispensables et essentiels dans la construction du projet de vie de la personne en situation de handicap. Pour autant cette mobilisation n'est pas sans conséquence pour les aidants (épuisement, fatigue, renoncement à une activité professionnelle, voire à des activités ou relations sociales...) impliquant que l'on prenne en compte leurs propres besoins afin de prévenir les ruptures ou encore les situations de maltraitance.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Développer l'offre médico-sociale d'accueil et d'accompagnement.

Objectif 2 : Développer l'accessibilité physique et matérielle ou «accessibilité universelle» aux soins.

Objectif 3 : Former, informer les professionnels sur l'accès aux soins, la santé, la prévention et le dépistage du handicap.

Objectif 4 : Assurer la continuité entre repérage, dépistage, diagnostic et prise en charge

Objectif 5 : Favoriser/accompagner l'insertion professionnelle des 14/25 ans et leur entrée dans la vie d'adulte/de citoyen.

Objectif 6 : Développer et structurer l'offre de répit.

Objectif 7 : Développer l'information et la formation en direction des familles et proches aidants.

Objectif 1 : Développer l'offre médico-sociale d'accueil et d'accompagnement.

- Renforcer et diversifier les modalités d'accueil (temps séquentiel, accueil de jour, accueil temporaire, internat), et les modalités de fonctionnement (ambulatoire, file active...).
- Promouvoir les plateformes de services selon une logique de dispositif permettant d'offrir un panel diversifié d'accompagnements.
- Promouvoir les dispositifs expérimentaux (équipe mobile sanitaire intervenant dans les ESMS et à domicile, pôle de compétences et de prestations externalisées).

Objectif 2 : Développer l'accessibilité physique et matérielle ou «accessibilité universelle» aux soins.

- Pérenniser les actions expérimentales en matière d'accès aux soins (sites de consultation dédiées). Y inclure des actions de prévention.
- Mettre en place de consultations dédiées au sein des établissements de santé sur les soins spécialisés (soins dentaires, gynécologies, radiologie...) et envisager la création d'équipes mobiles pouvant intervenir à domicile ou ESMS.
- Disposer d'un plateau d'imagerie/radiologie adapté dans les hôpitaux pour les personnes en situation de handicap présentant une obésité morbide, développer la télémédecine...
- Augmenter le périmètre d'intervention du réseau «Handident».
- Développer les supports de communication adaptés aux personnes en situation de handicap notamment sur les thématiques de prévention.
- Conforter les connaissances sur le handicap et la mise en réseau des professionnels reconnus pour les cas complexes (centre ressources, recherche...).

Objectif 3 : Former, informer les professionnels (des établissements de santé, professionnels des ESMS et aidants) sur l'accès aux soins, la santé, la prévention et le dépistage du handicap.

- Sensibiliser dans le cadre d'échanges thématiques les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de handicap.
- Former un réseau de professionnels volontaires (libéraux et hospitaliers) à la prise en charge des personnes en situation de handicap afin de jouer un rôle de correspondant, de relais auprès des autres professionnels.
- Sensibiliser et former les équipes des ESMS et les aidants à la prévention et au dépistage.
- Développer des temps d'échanges de pratiques intersectoriels pour améliorer la prise en charge, l'orientation et partager les pistes d'amélioration.

Objectif 4 : Assurer la continuité entre repérage, dépistage, diagnostic et prise en charge

- Adapter l'offre en proximité : diversifier les modalités d'accueil, les dispositifs, renforcer les CAMSP, simplifier les agréments d'âge des ESMS.
- Développer l'offre de service.
- Conforter les réponses en direction des enfants présentant des Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages.
- Favoriser l'accès à l'évaluation des troubles neuro-développementaux dans le cadre de structures ou services dédiés.

Objectif 5 : Favoriser/accompagner l'insertion professionnelle des 14/25 ans et leur entrée dans la vie d'adulte/de citoyen

- Développer l'offre de service SESSAD pro/CFA.
- Conforter la filière lycée professionnel/SESSAD pro/SIPFP/CFA.
- Développer les SIPFP (section d'initiation et de première formation professionnelle rattachée à des IME) et les modalités hors les murs (ESAT, SIPFP).
- Soutenir et développer l'habitat inclusif.
- Conforter les partenariats ESMS, EN, ASE, MDPH, secteur de l'emploi (DIRECCTE, AGEFIPH...).
- Soutenir les actions de formation à l'autonomie à la vie sociale.

Objectif 6 : Développer et structurer l'offre de répit

- Créer des places d'accueil temporaire et d'accueil de jour, favoriser les transports, développer l'accueil familial.
- Favoriser les interventions à domicile de longue durée : formation de l'aidant, soutien par un tiers (détaché d'un ESMS ou relevant d'une structure d'appui), équipes mobiles.

Objectif 7 : Développer l'information et la formation en direction des familles et proches aidants

- Développer et soutenir les temps de rencontre entre pairs aidant.
- Organiser des formations en direction des aidants.
- Promouvoir les séjours de répits aidants/aidés.

Les résultats attendus

- Tous les ESMS ont conclu des conventions avec un ou des établissements de santé du territoire pour :
 - o Prévenir et limiter les hospitalisations d'urgence
 - o Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap
 - o Développer des fonctions ressources dans chaque département afin d'offrir une expertise
- Amélioration de l'autonomie des personnes en situation de handicap notamment chez les 14-25 ans
 - o Augmentation du nombre de jeunes en situation de handicap en formation professionnelle
 - o Facilitation de l'accès aux droits ordinaires pour les personnes en situation de handicap
 - o Facilitation de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire pour les jeunes en situation de handicap
- Des professionnels de santé mieux sensibilisés et formés au handicap

- Diminution de 20% par an du nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton
- Réduction du délai de diagnostic des déficiences/du handicap, de prise en charge et meilleure coordination
- Scolarisation à l'école, en dehors d'une unité d'enseignement implantée dans un établissement spécialisé, des enfants accompagnés en établissements spécialisés
- L'offre médico-sociale propose des services pour une acceptation en milieu ordinaire.
- Augmentation de la part de service dans l'offre globale existante : l'objectif de transformation de l'offre sur le secteur PH doit permettre d'atteindre 50% des places de service dans l'offre globale de la région
- Les aidants sont mieux accompagnés et mieux soutenus

2.5 Parcours santé et précarité

Contexte

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

La question des inégalités sociales de santé (ISS) constitue un enjeu central pour la santé publique, elle est l'un des objectifs majeurs de la stratégie nationale de santé. Alors que notre pays connaît une situation sanitaire globalement favorable, ces inégalités renvoient aux différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux de l'ensemble de la population. Les ISS interfèrent également avec de fortes disparités territoriales et de facto les déterminants sociaux et économiques relèvent d'autres politiques que la seule politique de santé et appellent une mobilisation de tous les acteurs et décideurs publics.

Dans tous les départements de PACA, la pauvreté est plus forte qu'au niveau national. En 2014, 17,5% des habitants de la région, soit environ 870 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté, contre 14,7% au niveau national. Cela représente un habitant sur six.

Différentes formes de pauvreté coexistent dans la région, qu'il s'agisse des jeunes et des familles monoparentales (près d'un enfant de moins de six ans sur quatre appartient à un ménage pauvre, contre un sur cinq en moyenne en France métropolitaine) ou des personnes âgées.

La notion de précarité ajoute à l'ensemble des conditions de vie d'une dimension d'insécurité. Elle est caractérisée par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible." Elle s'exprime par des situations financières, sociales ou matérielles difficiles.

Les personnes concernées sont plus souvent que la population générale issues de milieux défavorisés et déracinées de leur région ou de leur pays d'origine, ont peu d'instruction et de qualification, vivent de faibles revenus du travail (professions peu qualifiées, contrats précaires), d'allocations ou d'aides. Elles ont en commun des histoires de vie faites d'événements traumatisants dès l'enfance (décès de proches, ruptures, violence...), de pertes d'emploi voire de logement, de problèmes d'isolement ou d'intégration."

Les personnes en situation de précarité subissent donc une double inégalité : du point de vue de leurs conditions de vie, elles sont davantage touchées par des problèmes de santé ; du fait de leur manque de ressources, elles ont moins de possibilité de se soigner, et un accès aux soins semé d'embûches (administratives, financières, matérielles...)

Le «parcours précarité» concerne donc les personnes qui cumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de soins et des difficultés d'accès aux droits et aux soins.

C'est dans ce cadre que deux modalités d'actions se font jour :

- Mener des politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins qui bénéficient à l'ensemble de la population et des territoires et dont font partie les populations en précarité afin de réduire les inégalités.
- Travailler plus spécifiquement pour et avec les populations les plus vulnérables avec un double objectif : mettre en place des actions spécifiques pour ces populations et leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun.

Le Projet régional de Santé inclut un programme spécifique, au côté du Schéma régional de santé : le Programme Régional d'Accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS). Ce programme apporte des réponses concrètes en allant au plus près de la personne, et de son parcours de vie, en prenant en compte une approche territoriale et de proximité.

La présente partie du Schéma régional de Santé est dédiée spécifiquement à la thématique «parcours de santé et précarité», et en reprend les objectifs opérationnels, déclinés de façon plus précise dans le PRAPS. Ces derniers se concentrent sur les publics situés au plus bas de l'échelle sociale qui cumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de soins, d'accès aux droits et aux soins : «les plus démunis». Ce sont, les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les migrants, les personnes âgées migrantes (notamment en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales), les étrangers en situation irrégulière, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les personnes placées sous-main de justice, ainsi que les anciens détenus en démarche de réinsertion, les personnes en situation vulnérable et les jeunes en insertion, les travailleurs pauvres, les femmes isolées et les familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins...

Les principaux points de ruptures/fragilités identifiés sur les parcours des personnes en grande précarité sont :

- L'accès aux soins et au droit commun.
- L'inclusion, en particulier pour le logement
- Les inégalités liées aux territoires, urbains et ruraux.

Enjeux

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

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

Favoriser l'émergence de nouvelles organisations et de nouveaux métiers.

Aider à l'émergence d'organisations intelligentes ou communautés de travail inspirées (communautés de pratique) facilitant l'innovation et la créativité.

Encourager le développement nouveaux métiers facilitant ces nouvelles manières de travailler : médiateur de santé, Community manager, courtier en savoir, expert d'expérience/travailleur pair.

Développement de nouvelles stratégies de professionnalisations.

Développer l'accompagnement et la professionnalisation des acteurs associatifs.

Adapter certains progrès technologiques afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

Le paradoxe est que les nouvelles technologies peuvent apporter des solutions pour surmonter les lignes de fracture mais que les personnes précaires y ont peu accès. Les politiques de santé doivent donc s'intégrer dans des dispositifs complets afin d'agir globalement.

Utiliser des outils innovants : La e-formation, l'éducation thérapeutique en ligne, l'entraide et l'aide juridictionnelle, la télémédecine adaptée aux plus pauvres, le e-interprétariat, communautés d'entraide en ligne (communautés de pratique et communautés d'expériences).

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

Les dispositifs traditionnels d'aide et d'insertion sont trouvés dépassés par la grande précarité. Il faut donc inventer de nouvelles réponses, en partenariat avec toutes les institutions.

Il s'agit de privilégier les approches opérationnelles, programmatiques et pragmatiques :

- Réduction de 50% à 5 ans du défaut d'accès à une couverture de soins des personnes les plus précaires.
- Expérimentation «Lab zéro», politique zéro SDF à Marseille.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Intervenir sur les principaux déterminants sociaux de santé prioritaires, notamment le logement, l'inclusion sociale et le travail.

Objectif 2 : Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies.

Objectif 3 : Améliorer l'efficacité et l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis.

Objectif 4 : Assurer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé.

Objectif 5 : Partager et adopter de bonnes pratiques, accompagner la mise en place de nouveaux métiers et nouvelles organisations.

Objectif 6 : Evaluation, Recherche Transfert de savoir et Innovation.

Objectif 7 : Améliorer les parcours de santé pour certains publics dispositifs ou thématiques.

Objectif 1 : Intervenir sur les principaux déterminants sociaux de santé prioritaires, notamment le logement, l'inclusion sociale et le travail.

Réduire les inégalités sociales de santé est un défi pour les acteurs qui doivent sortir de leur zone de compétence/légitimité pour faire des alliances avec les autres acteurs.

- **Mettre en place des instances de gouvernance du PRAPS au niveau régional et départemental** (personnes concernées, acteur de terrain, cohésion sociale, assurance-maladie, collectivités territoriales, ..) pour mieux coordonner les politiques, les actions et les financements
 - Organiser conjointement des journées d'échanges pour les acteurs concernés car si certaines des actions prévues relèvent directement de l'ARS, la plupart nécessitent une mise en œuvre associant différents partenaires institutionnels.
 - Comparer et échanger avec les PRAPS des autres régions.
 - Se référer et diffuser les données probantes.
- **Développer des programmes de type «un chez soi d'abord» sur tout le territoire** et en élargissant à toutes les personnes les plus démunies en s'appuyant sur la nouvelle politique «un logement d'abord» du gouvernement.
 - Développer des actions de prévention des expulsions et d'amélioration de l'habitat des personnes les plus vulnérables (malades/handicapées) en assurant l'accompagnement médico-social adapté.
 - Le programme un chez soi d'abord, né grâce à l'alliance de spécialistes du logement et de la santé, a montré une efficience supérieure à toutes les offres habituelles existantes à répondre aux besoins primaires des personnes sans abri de longue durée avec des problèmes de santé sévères.
- **Développer et renforcer des actions qui ciblent spécifiquement l'inclusion sociale** des personnes via des activités sociales (comme l'activité physique adaptée en groupe), les liens avec la famille et les amis, les groupes d'auto et d'hétéro-support (associations GEM, collectifs) et toutes activités pertinentes ayant fait les preuves de leur efficacité.
- **Contribuer au développement de nouveaux programmes sur l'accès à l'emploi en milieu ordinaire** (pour des personnes vivant avec une maladie chronique/handicap psychique en particulier) ayant montré leur pertinence et leur efficacité en population générale.

Objectif 2 : Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus démunies.

Faciliter l'accès aux droits : des droits effectifs et défendus

- L'accès à des droits effectifs pour les plus démunis concerne aussi bien les 3 droits opposables (santé, éducation, logement) que les droits aux aides financières minimales pour survivre (Revenu de solidarité active ou Allocation adultes handicapées) et tous les autres types d'aides prévus par la loi.
- Faciliter les ouvertures de droits et éviter les ruptures.
- Améliorer l'accès à l'information sur les droits notamment pour les publics non francophones ou ne maîtrisant pas la lecture.
- Lutter contre toutes les formes de violences : discriminations, violences institutionnelles, violences invisibles et du quotidien, mépris, stigmatisation dans ses différentes formes (auto-stigmatisation, stigmatisation individuelle et stigmatisation institutionnelle) qui ont pour conséquence une diminution parfois dramatique du capital santé des personnes.

Développer les compétences et agir avec les personnes

- Améliorer la littératie : mettre à disposition des informations utilisables tout de suite pour améliorer la santé des personnes les plus démunies (expériences réussies, actions probantes, évaluations..).
- Développer une culture de respect des droits fondamentaux.
- Développer les compétences psychosociales et développer des actions visant à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) aux personnes les plus démunies.
- Penser le parcours de santé et de vie avec la personne et non pour la personne en respectant le principe de l'empowerment (pouvoir d'agir sur sa propre vie).

Objectif 3 : Améliorer l'efficacité et l'efficience de l'accès aux soins des plus démunis.

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

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

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

La réduction des risques : déjà définie dans le champ des addictions, elle s'applique d'autant plus avec les personnes les plus démunies. Il s'agit d'avoir une approche non jugeante et non directive sur les consommations des personnes en maintenant un regard positif inconditionnel et en accompagnant les personnes à avoir des conduites les moins à risques possible.

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

- Développer davantage «l'aller vers» les publics en grande précarité les plus éloignés du système de soins Equipes mobiles santé précarité, EMPP, PASS mobiles, maraudes...
- Développer des interventions afin de cibler les situations à risque de rupture. Anticiper les conséquences d'événements entraînant une rupture du parcours de vie : veuvage, divorce, chômage,...et pour les enfants : décès d'un ou des deux parents.

- Renforcer les possibilités d'interprétariat : les besoins sont accrus par l'augmentation des personnes demandeurs d'asile, avec la difficulté supplémentaire que certaines d'entre elles parlent une langue pour laquelle les possibilités d'interprétariat sont actuellement limitées. Un accès des professionnels libéraux à l'interprétariat sera à développer.
 - Redonner du pouvoir d'agir aux personnes les plus exclues dans toutes les actions et dispositifs.
 - Veiller à une couverture territoriale équitable avec une répartition homogène de certains dispositifs sur le territoire selon les besoins : ouverture de Lits d'Accueil Médicalisés, augmentation du nombre de Lits Halte Soins Santé. Compenser l'insuffisance ou l'absence de porteurs sur certains territoires vulnérables socialement, notamment en zone rurale.
 - Améliorer l'efficacité de l'accès aux soins à l'hôpital et en ville.
 - Travailler sur les deux points clés du parcours de soins : le recours au médecin traitant et le recours aux services d'urgence en veillant à former les personnels de ces services aux spécificités des publics en situation de précarité pour qu'ils prennent en compte la perception qu'ont ces publics de leur état de santé et éviter ainsi les recours itératifs aux urgences.
 - Promouvoir une organisation des soins de proximité plus accessible, notamment dans les territoires ruraux et les quartiers concernés par la politique de la ville (accessibilité socio culturelle). Les ateliers santé ville seront mobilisés sur le champ de l'amélioration de l'accès aux soins, les modes d'exercice coordonné, tels que les maisons pluri-professionnelles de santé et les centres de santé, seront encouragés à prendre en charge la précarité.
 - Améliorer l'accès aux soins dentaires et optiques et permettre l'accès aux produits de santé.
 - Inscrire la politique de lutte contre la précarité dans le projet d'établissement des établissements de santé : les établissements veilleront à définir des protocoles d'accueil, de prise en charge et de continuité des soins, en sortie d'hospitalisation pour les malades en situation sociale difficile (personnes sans domicile, bénéficiaires de la CMU-C), et mieux préparer la sortie d'hospitalisation.
 - Soutenir la coordination des acteurs en particulier autour des parcours complexes et fluidifier le lien entre la santé et l'hébergement d'urgence.
 - Développer l'accompagnement physique pour éviter les ruptures de parcours ; Accompagner la personne pour l'accès à l'hébergement et au logement et pour l'accès à l'emploi, si possible.
 - Soutenir les actions de médiation en santé publique.
 - Mieux prendre en compte la complexité de la prise en charge de la symptomatologie psychiatrique chez les personnes en grande précarité et plus largement de l'accueil des publics «en marge» (y compris troubles du comportement) ; renforcer l'accès aux soins psychiatriques pour ce public dans les CMP.
- **Modéliser et rendre efficient le fonctionnement des Permanence d'accès aux services de santé.**

Objectif 4 : Assurer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé.

- Mettre en place les actions de prévention et promotion de la santé, prodiguer des soins et organiser les services sur la base de données scientifiques ou de recommandations de bonnes pratiques.

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

Objectif 5 : Partager et adopter de bonnes pratiques, déployer de nouveaux métiers et nouvelles organisations

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

Objectif 6 : Evaluation, Recherche, Transfert de savoir et Innovation

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

Objectif 7 : Améliorer les parcours de santé pour certains publics dispositifs ou thématiques

- Parcours de santé des personnes réfugiées et demandeurs d'asile.
- Parcours de santé des personnes détenues.

Les parcours de santé construits pour ces publics sont intégrés au PRAPS.

Les résultats attendus

- Les professionnels de santé sont mieux formés et adoptent leur pratique aux spécificités des publics précaires
- Amélioration des connaissances en termes de droits et d'accès aux soins des personnes en situation de précarité
- Amélioration de l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité
- Amélioration de l'état de santé global des personnes en situation de précarité
- Adaptabilité des pratiques des professionnels de santé aux spécificités de prise en charge de ce public
- Les réponses sont articulées entre le sanitaire et le social au profit d'une prise en charge globale
- Les pratiques les plus efficaces pour réduire les inégalités sont identifiées et partagées, ainsi que leurs conditions de transférabilité
- L'information en santé est accessible et compréhensible pour le public ciblé (littératie)

2.6 Parcours Santé mentale

La santé mentale, enjeu majeur de santé publique, est aussi un enjeu de décloisonnement des politiques publiques.

Les enjeux en santé mentale sont de plusieurs ordres.

Faire face à l'augmentation de fréquence des troubles psychiques et des comorbidités associées.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les troubles mentaux, et plus particulièrement la dépression, représenteront d'ici 2030, la principale cause de morbidité dans le monde. En France, en 2015, l'Assurance Maladie dénombre 7,2 millions de personnes ayant recouru aux soins pour un trouble psychique (1,9 millions suivies pour une pathologie psychiatrique et 5,3 millions de personnes ayant consommé régulièrement des psychotropes). En PACA, 614 000 personnes sont ainsi concernées. Les coûts associés sont substantiels. En 2015, la santé mentale représentait le deuxième poste de dépenses pour l'Assurance maladie, avec 22,5 milliards d'euros, de coûts directs, soit 15 % des dépenses de santé.

Les troubles mentaux recouvrent un large spectre, des troubles fréquents et modérés qui peuvent être ponctuels aux troubles plus sévères et persistants : troubles de l'humeur, troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, les troubles bipolaires, les troubles schizophréniques et autres psychoses, les troubles du développement, etc. Les personnes aux prises avec un trouble sévère, ainsi que leurs proches, sont celles qui sont les plus susceptibles de souffrir d'une organisation inadéquate des services de santé mentale.

La fréquence des comorbidités somatiques associées aux troubles psychiques a un retentissement sur l'espérance de vie. Les personnes souffrant d'un trouble psychique grave ont un risque accru global de mortalité (1,4 à 1,6 et fois celui de la population générale) du fait des problèmes de santé physique qui s'ajoutent au risque de suicide. Ainsi, l'espérance de vie des personnes souffrant d'un trouble mental sévère est de 15 à 20 ans inférieure à celle de la population générale. Cette situation s'explique principalement par l'action combinée de la maladie ou de son traitement (effets secondaires de la médication), d'habitudes de vie néfastes pour la santé, de conditions de vie précaires et de problèmes d'accès aux soins. Par ailleurs, la co-occurrence de troubles psychiques et addictifs concerne un tiers des personnes vivant avec un trouble psychique.

Des facteurs de risque (et de protection) sont aussi associés à la santé mentale, qui font que certains groupes sont plus à risque que d'autres de développer des troubles et doivent faire l'objet d'une attention spécifique. Il s'agit notamment des antécédents psychiatriques familiaux, de l'adversité durant l'enfance, de l'utilisation de substances psychoactives, des migrations, de l'isolement social, de la précarité, des expériences traumatiques ou encore de la stigmatisation, et de certaines tranches d'âge abordées ci-après.

Renforcer la capacité d'agir et de se réaliser des personnes vivant avec des troubles psychiques et faire en sorte que notre société soit réellement inclusive

L'impact social des troubles mentaux est majeur, en termes de qualité de vie, de participation sociale, de marginalisation et de précarité, de difficultés à accéder ou à se maintenir dans un logement et un emploi, de chômage et d'incarcération. Dès l'enfance, les parcours de vie sont exposés à un risque important de précarisation : échec scolaire, estime de soi dégradée, emploi sous-qualifié, faibles revenus, conditions de travail pénibles... Dans ce contexte, les interventions doivent englober non seulement le traitement des symptômes, mais aussi la réduction des conséquences fonctionnelles et sociales des troubles psychiques. La satisfaction des besoins « biopsychosociaux » (se nourrir, se loger, posséder une source de revenus, se divertir...) des personnes vivant avec des troubles psychiques occupe une position centrale dans le système de santé mentale.

A l'inverse, les difficultés sociales génèrent de la souffrance psychique, des troubles du comportement, des états dépressifs, en rapport soit avec les conditions de stress et d'inquiétude rencontrées quotidiennement par les personnes en précarité, soit avec des pathologies avérées déclenchées ou révélées par ces conditions de vie.

Le respect des droits fondamentaux des personnes vivant avec des troubles psychiques est d'autant plus important à assurer qu'elles peuvent faire l'objet de procédures dérogatoires au droit commun comme la contrainte aux soins, la mise à l'isolement ou la contention. Une prise en charge bienveillante, visant à réduire les pratiques portant atteinte aux droits et libertés des personnes doit être développée dans les structures et services sanitaires et médicosociaux afin d'améliorer l'expérience de soin des personnes.

Les représentations sociales autour de la santé mentale sont construites sur des idées reçues et fortement ancrées qui véhiculent des préjugés négatifs : notion de violence et de dangerosité, incapacité de la personne à se comporter conformément aux attendus de la société et caractère infantile, régressif des personnes concernées. Parce que cette stigmatisation participe de la difficulté à entrer ou à rester dans un processus de prise en charge, il importe d'agir pour tenter de réduire cette exclusion.

Prévenir, soigner, accompagner pour améliorer la résilience des personnes, diminuer la souffrance psychique et le développement des pathologies psychiatriques.

Dans le cadre d'une approche positive, qui « vise à agir sur les déterminants de la santé mentale afin d'accroître la santé mentale positive » (OMS), il faut agir le plus précocement possible et intervenir tôt dans la vie, puisque la période périnatale de même que les premières années de vie de l'enfant constituent des périodes cruciales pour l'établissement des fondements de la santé mentale d'une personne.

Le développement des habiletés personnelles et sociales de la personne a un effet protecteur pour sa santé mentale, notamment en situation d'adversité. Les adultes doivent être soutenus dans leurs tâches et responsabilités en particulier parentales, pour interagir positivement avec les enfants et adolescents.

Organiser une prise en charge globale et transversale.

L'organisation d'un parcours de santé et de vie, de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves ou en situation ou à risque de handicap psychique, doit s'inscrire dans la durée, au plus près du lieu de vie de la personne, en vue de leur rétablissement, de leur inclusion sociale et d'une plus grande autonomie.

Une approche systémique doit permettre de coordonner le parcours de santé entre les multiples intervenants (repérage précoce ; premier recours ; soins somatiques ; soins psychiatriques ; soins addictologiques) ; d'assurer une prise en charge globale sanitaire, médico-sociale et sociale ; d'accompagner la personne tout au long de sa vie, en fonction de ses besoins, en articulant le parcours aux âges charnières ; de prendre en compte l'environnement social et familial de la personne et de permettre à la personne d'être acteur de sa santé et de vivre une vie satisfaisante et choisie.

Favoriser la diffusion et l'implantation des bonnes pratiques en santé mentale, basées sur des données probantes, afin d'assurer la qualité des réponses faites aux besoins des personnes

Plusieurs études internationales font état de l'écart existant entre les découvertes et données issues de la recherche et leur application dans les pratiques cliniques ou les pratiques de prévention et appellent à développer une culture de l'évaluation et de l'implémentation des connaissances. Comme le souligne le Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, « il ne suffit pas de diffuser des préconisations pour que les organisations ou pratiques reconnues pour être efficaces s'implémentent. Pour faciliter cette implémentation, il est nécessaire de suivre un processus plus long, structuré autour de deux facteurs de succès que sont la flexibilité et l'accompagnement du processus. A ce jour, aucune organisation type ne peut être tenue pour acquise et relevant d'un haut niveau de preuves

scientifiques ce qui laisse à la communauté des soignants et de la société civile une large marge de créativité et d'innovations. Toutefois, un modèle s'impose aujourd'hui pour repenser la qualité du parcours de santé et de vie en santé mentale, organisation et pratiques dans le soin et l'insertion, en fonction d'une lecture fondée sur le rétablissement. Cette lecture fixe de nouveaux enjeux à la santé mentale et propose des organisations de nature à y répondre. Par ailleurs, une orientation générale de l'organisation de nature collaborative est désormais visée de manière consensuelle. »

Pour faciliter le transfert de savoir, 4 types d'intervention en santé publique sont classiquement évoquées :

- Les stratégies de diffusion (knowledge management), c'est à dire l'ensemble des activités visant à vulgariser les données scientifiques et à les adapter à l'utilisateur.
- Les stratégies d'échange (linkage and exchange) qui, inscrites dans les organisations ou en dehors, favorisent la mise en lien des producteurs de connaissances.
- Les stratégies de formation (capacity building) des utilisateurs à mieux intégrer et de manière autonome les connaissances scientifiques dans leurs pratiques professionnelles et leurs organisations.
- Les stratégies collaboratives de co-construction. Il s'agit non plus de distinguer producteurs et utilisateurs de connaissances mais de partager ces rôles dans la production conjointe de connaissances. Elles s'appuient sur des interactions continues et soutenues.

Objectifs opérationnels : pour une meilleure santé mentale à tous les âges de la vie

Objectif 1 : Prévenir la souffrance psychique, renforcer la résilience et favoriser le rétablissement

Objectif 2 : A tout âge de la vie, intégrer le dispositif de soins (care), d'accompagnement et d'insertion dans la cité, favorisant la réalisation d'une vie satisfaisante et choisie de la personne.

Objectif 3 : Améliorer la réponse à l'urgence et la crise

Objectif 4 : Faire de l'usager en santé mentale un acteur de son parcours, favorisant le respect de ses droits, de sa liberté et dignité dans les épreuves de vulnérabilité

Objectif 5 : Agir dès le plus jeune âge, par des interventions spécifiques renforcées de la périnatalité à l'adolescence

Objectif 6 : Améliorer la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique

Objectif 7 : Adapter le système de santé mentale au vieillissement de la population

Objectif 8 : Prévenir le suicide

Objectif 1 : Prévenir la souffrance psychique, renforcer la résilience et favoriser le rétablissement

L'importance et la rapidité de la progression des troubles de santé mentale doivent conduire à s'interroger sur les causes profondes et les actions de prévention possibles.

Comment peuvent se concrétiser les actions de prévention dans le champ de la santé mentale ?

Il ne s'agit pas ici de prétendre donner des réponses exhaustives à cette question complexe, mais se poser la question est peut être la première étape pour inventer de nouvelles réponses.

Il s'agit à la fois de créer, développer des environnements favorables à la santé mentale en permettant aux personnes de satisfaire leurs besoins fondamentaux :

- Besoins de sécurité (paix, stabilité, logement, alimentation, revenus).

- Besoins de relations et besoins affectifs.
- Besoins concernant la santé physique et l'hygiène de vie
- Besoins d'agir sur leur vie, d'épanouissement personnel et professionnel.

La satisfaction de ces besoins ne relève pas du système de soins et appelle des réponses globales : accès aux droits, reconnaissance sociale, aides pour la vie quotidienne. Un lien très fort existe donc entre ces actions et celles détaillées dans les parcours précarité, handicap, personnes âgées, addictions.

Par ailleurs, dès le plus jeune âge, les actions de renforcement des compétences psychosociales menées dans la région, auprès des enfants en coopération étroite avec l'éducation nationale, contribuent à prévenir la souffrance psychique et l'émergence des pathologies psychiatriques

Objectif 2 : A tout âge de la vie, intégrer le dispositif de soins (care), d'accompagnement et d'insertion dans la cité, favorisant la réalisation d'une vie satisfaisante et choisie de la personne.

Cette approche a vocation à privilégier l'accompagnement en milieu ordinaire «hors les murs», à adapter l'intensité et la durée de l'accompagnement des personnes en fonction de leurs besoins de soins et en réévaluant régulièrement la situation pour tenir compte de son évolution. Elle vise à orienter les pratiques vers les objectifs de rémission clinique et le rétablissement de la personne et à intégrer la capacité des personnes à décider et agir pour toute démarche d'accompagnement.

- **Favoriser l'inclusion dans la cité des personnes présentant un trouble psychique grave avec ou sans handicap par l'habitat inclusif et l'accès à l'emploi, en privilégiant les dispositifs ordinaires.**
 - Travailler en partenariat avec l'ensemble des intervenants : usagers, municipalités, direction en charge de la cohésion sociale et services intégrés d'accueil et d'orientation, les maisons départementales des personnes handicapées, l'Agefiph, dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, en s'appuyant sur les conseils locaux en santé mentale
 - Développer les services sociaux et médico-sociaux dont la mission est l'accompagnement de la personne pour son insertion ou maintien dans le milieu ordinaire ainsi que des structures spécialisées sur l'insertion professionnelle.
 - Développer l'intermédiation locative, les actions auprès des bailleurs sociaux et autres dispositifs innovants en termes d'accès et de maintien dans le logement, en assurant un soutien des équipes de psychiatrie au domicile de la personne
 - Mettre en place des actions favorisant l'inclusion professionnelle dans les entreprises (lutte contre la stigmatisation, développement de programmes d'accompagnement à l'emploi)
 - Favoriser la prise en charge en ville en renforçant les liens entre services de psychiatrie et médecins généralistes
- **Eviter les hospitalisations, prévenir la chronicisation et l'institutionnalisation par une prise en charge précoce et adaptée.**
 - Repérer précocement :
 - ✓ Donner de la lisibilité au dispositif de soins.
 - ✓ Envisager la mise à disposition d'un numéro vert permettant au médecin traitant de recourir à un avis psychiatrique spécialisé.
 - ✓ Améliorer l'articulation médecine de ville-secteur du territoire de santé mentale (lettre de liaison, dispositif de soins partagés, réunions de synthèse...) et plus globalement l'articulation des acteurs en situation de repérer la souffrance ou les troubles psychiques (personnels sociaux, enseignants, employeurs...).

- ✓ Mettre en place des consultations avancées du secteur dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé.
 - Prendre en charge par des interventions précoces et adaptées la personne en demande de soins, afin de favoriser l'évolution positive de la maladie.
 - Développer les dispositifs d'aller vers les personnes les plus vulnérables ou éloignées du système de santé en s'adaptant à la demande ou à la non demande de la personne (notion d'accompagnement bas seuil).
 - Mettre en place des dispositifs de soins adaptés pour la transition adolescent-adulte dans chaque établissement autorisé en psychiatrie.
 - Croiser les regards pour mieux évaluer le besoin de soins (expertise CMP ou professionnel en charge du suivi + expertise personne et aidants + expertise centre ressource + suivi social).
 - Utiliser le nouvel outil que constituent les plateformes territoriales d'appui pour améliorer la pertinence des orientations
 - Mettre en place un dispositif d'annonce pour les troubles psychiques graves.
 - Tenir compte des comorbidités et des diagnostics secondaires.
- **Mettre en place dans chaque ES ou ESMS une politique visant à limiter l'institutionnalisation.**
- Développer en priorité les structures et collaborations permettant le maintien dans le milieu le plus proche du milieu ordinaire.
 - ✓ Prioriser le développement des modalités de prise en charge et d'accompagnement ambulatoires.
 - ✓ Favoriser les implantations de psychiatrie dans les établissements MCO de proximité et dans les maisons de santé pluri professionnelles.
 - ✓ Favoriser les structures qui permettent le maintien à domicile qu'elles soient ou non spécialisées (SESSAD ; SSIAD ; SPASAD ; SAMSAH ; SAVS).
 - ✓ Favoriser l'interconnaissance entre acteurs du territoire pour identifier les ressources et relais possibles.
- **Mettre en œuvre, dès l'admission en établissement sanitaire ou médicosocial, une stratégie visant à éviter l'institutionnalisation.**
- ✓ Etablir un lien fort et dynamique entre chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et les établissements et services médico-sociaux de sa zone d'intervention afin de proposer une intervention in situ et des séjours de répit pour les patients aux besoins les plus complexes à accompagner dans une logique de donnant-donnant.
 - ✓ Anticiper l'ouverture des établissements médico-sociaux à orientation handicap psychique en créant des liens avec le secteur avant l'ouverture de la structure.
 - ✓ Renforcer les établissements et services médico-sociaux qui prennent en charge des personnes présentant un handicap psychique par des compétences psychiatriques en interne ou des échanges croisés.
 - ✓ Utiliser les capacités d'hospitalisation de nuit pour favoriser l'insertion sociale des patients en attente d'hébergement.

Cependant, c'est parce que ces troubles sont pris en charge dans des établissements spécialisés qu'il est possible d'y consacrer des moyens humains. L'enjeu est donc de passer d'un système très institutionnel à des prises en charge plus ouvertes, tout en conservant un bon niveau d'expertise et de ressources médicales.

Objectif 3 : Améliorer la réponse à l'urgence et la crise

30% des personnes hospitalisées pour un trouble mental sévère et 20% de celles hospitalisées pour des troubles plus modérés sont admises par les urgences en région PACA (contre 18 et 15% en France). Si des interventions doivent être faites en amont pour éviter ces situations (par le développement de l'aller vers, d'équipes mobiles d'intervention de crise, de développement d'outils d'anticipation de la crise co-construits avec les personnes), la prise en charge des urgences psychiatriques au sein des urgences générales représente un maillon important dans le parcours de santé des personnes vivant avec un trouble psychique.

Premier contact avec la psychiatrie, de la qualité de cette prise en charge va dépendre l'adhésion aux soins du patient. Parce que «générales» les urgences participent ainsi à la déstigmatisation de la psychiatrie et facilitent l'accès aux soins spécialisés.

Le centre d'accueil permanent (CAP) est un lieu d'accueil, de soins, d'orientation ou d'hospitalisation pour une durée brève des patients en état de crise. Il assure aussi une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques en urgence.

La prise en charge au sein de ces structures permanentes produit un effet préventif – ou facilitateur – des hospitalisations en psychiatrie. Le développement de structures alternatives à l'hospitalisation en situation de crise (type lieu de répit) est également en cours d'expérimentation dans la région.

Le dispositif permanent de réponse aux urgences psychiatriques apporte en PACA une réponse spécialisée à l'interface entre l'établissement MCO dans lequel les structures sont implantées au plus près des urgences générales et l'hôpital autorisé en psychiatrie auquel elles sont rattachées.

- **Adapter l'offre à la demande.**
 - Structurer une réponse permanente et renforcée aux urgences psychiatriques au sein des services d'urgence adultes ou polyvalentes dépassant les 45 000 passages. Pour ces structures à forte activité, la médicalisation de la réponse en sus de l'avis de première ligne des infirmiers de psychiatrie est nécessaire intégrant au minimum une intervention en heures ouvrables et le samedi matin et la possibilité du recours à un avis téléphonique expert hors de ces plages.
 - Renforcer la réponse au sein des urgences pédiatriques qui dépassent 35 000 passages.
- **Préciser les missions des structures permanentes de prise en charge des urgences psychiatriques, en intégrant chaque fois que cela est possible :**
 - La mission de permanence et d'appui téléphonique pour le centre 15.
 - La mission de permanence et d'appui téléphonique pour la médecine de ville.
 - La mission d'accueil direct (sans passage par les urgences générales) pour les patients connus du dispositif psychiatrique.
- **Optimiser les conditions d'accueil des personnes avec des troubles psychiatriques au sein des urgences générales et des structures permanentes de prise en charge des urgences psychiatriques.**
 - Améliorer la régulation, les conditions de transport, l'accueil (filrière spécialisée), la bienveillance, aux urgences des patients requérant des soins psychiatriques.
 - Améliorer l'accueil des patients nécessitant des soins psychiatriques au sein de la structure d'accueil des urgences (box pour la prise en charge des patients agités ; bureau de consultations pour les consultations psychiatriques).
 - Faciliter l'accès croisé des équipes aux éléments nécessaires des dossiers informatisés du patient, dossiers des équipes des urgences d'une part et des équipes de psychiatrie d'autre part, pour leur permettre de disposer d'une vision globale de la situation de la personne.

Objectif 4 : Faire de l'usager en santé mentale un acteur de son parcours, favorisant le respect de ses droits, de sa liberté et dignité dans les épreuves de vulnérabilité

La question des droits des personnes, sans cesse approfondie depuis la loi dite «Kouchner» de 2002, représente un enjeu majeur pour le parcours en santé mentale. Au-delà de la question cruciale du respect des «droits», la stigmatisation, les restrictions à la liberté d'aller et venir, la question de la place de la personne vivant avec un trouble psychique et de ses aidants sont autant de points de fragilité qui peuvent induire des ruptures de parcours et nuire à la qualité de vie et au rétablissement de la personne.

- Favoriser le rétablissement et renforcer le pouvoir d'agir des personnes

- Favoriser l'accessibilité des personnes à une information lisible et compréhensible sur les dispositifs existants (mise en place d'un observatoire des ressources disponibles sur les territoires) et sur leurs droits
- Développer et faire connaître les outils de gestion de sa maladie co-construits avec les personnes directement concernées par des troubles psychiques : plans de crise, plans d'action de rétablissement et de bien-être, directives anticipées, etc..
- Développer les programmes de psychoéducation à des destination des personnes et des familles
- Favoriser la « littératie » en santé mentale:
- "La littératie en santé, intimement liée à la littératie, représente les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé ; pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en terme de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence" (Sørensen ; 2012) La littératie en santé inclut les capacités des personnes à évaluer et à critiquer les informations liées à la santé ; elle suppose un niveau de connaissance, de compétences personnelles et de confiance en soi qui permette d'agir pour améliorer sa santé personnelle et la santé de sa communauté en changeant ses habitudes de vie et ses conditions de vie (Cultures et Santé ; 2011). L'amélioration de la littératie en santé permet aux personnes d'être fonctionnelles en société et d'y participer.

- Lutter contre la stigmatisation

Les représentations sociales négatives des troubles mentaux, de la psychiatrie, du handicap psychique peuvent retarder la demande d'aide et le recours aux soins, mettre en échec les programmes de prévention, d'accès au soin, de prise en charge et d'accompagnement et isoler les personnes et leurs aidants.

Plusieurs axes sont définis pour lutter contre cette stigmatisation :

- Appliquer le cadre de référence de lutte contre la stigmatisation élaboré en PACA pour guider les actions⁸ :
- Mener des actions sur les représentations en santé mentale dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels qui sont au contact des patients en commençant par les professionnels de santé.
- Soutenir les actions d'information et de communication qui participent à la déstigmatisation, notamment auprès des medias et journalistes.

⁸ Lien sur le site internet de l'ARS PACA :

https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/201801/Stigmatisation_cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence_2016.pdf

- **Renforcer la place des personnes directement concernées par la maladie et des usagers en tant qu'acteurs de la santé mentale.**
 - Former les usagers à la représentation et participation au sein des institutions et soutenir leur participation.
 - Former les institutions à la prise en compte de la parole des usagers et à la co-construction des décisions, pour une véritable participation des personnes concernées.
 - Impliquer les usagers dans l'évaluation de la qualité de leurs prises en charge.
 - Développer l'action des médiateurs pairs de santé pour s'appuyer sur l'expertise des patients.
 - Déployer les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et leur donner davantage de lisibilité pour favoriser l'autonomie des personnes et le soutien entre pairs.

- **Limiter les pratiques portant atteinte aux droits et libertés des personnes.**

Dans le champ de la santé mentale, les restrictions à la liberté d'aller et venir sont nombreuses que ce soit dans les secteurs sanitaire ou médico-social, encadrées ou non par la loi et la réglementation, pour les mesures spécifiques et structures : les soins sans consentement, la mise à l'isolement ; les mesures de contention physique ; les mesures de contention chimique ; les services fermés ; les établissements fermés.

- **Les limitations physiques à la liberté d'aller et venir : les bonnes pratiques fondamentales.**
 - Prendre en compte la personne et son entourage.
 - ✓ Informer la personne sur les restrictions imposées et les modalités de recours.
 - ✓ Recueillir systématiquement le vécu de la personne lors de la levée des mesures de restriction.
 - ✓ Renforcer la place de la personne de confiance et son information.
 - ✓ Permettre le regard des instances représentatives sur les mesures de restriction (CRU ou CDSP).
- **Mettre en place des mesures de prévention de la crise, conformément aux données probantes.**
 - Développer les plans de crise conjoints avec la personne sur les actions à mener en cas de crise.
 - Approche globale de la personne et non pas en fonction des symptômes.
 - Formation des professionnels aux techniques de désescalade.
 - Adaptation des moyens en personnel selon l'intensité du soin à délivrer.
 - L'architecture des établissements et des unités doit intégrer la liberté d'aller et venir, à chaque construction ou rénovation.
- **Sécuriser les pratiques**
 - Par un regard croisé intra ou extra établissement pour interroger les pratiques, en particulier toute mesure d'isolement qui persiste au-delà d'une certaine durée.
 - Par une cartographie et une analyse de risque sur les pratiques de restriction des libertés au niveau des établissements.
 - Par l'objectivation des pratiques via un recueil d'informations et une diffusion des connaissances permettant une analyse à chaque niveau (région/département/établissement).
 - Par une architecture et des conditions matérielles des chambres d'isolement.

- **Confirmer l'exception que doivent constituer les soins sans consentement par rapport au principe du consentement aux soins**
 - Privilégier les mesures qui permettent d'éviter le recours à la contrainte aux soins (en intégrant la personne dans sa prise en charge, en intervenant à domicile pour prévenir les situations de crise, en favorisant la continuité des soins pour les personnes à besoin de soins élevés, en menant un accompagnement social en particulier pour l'accès au logement).
 - Améliorer les premières étapes du parcours.
 - Encourager l'autogestion de sa maladie par la personne et ses proches
- **Mener une réflexion de fond sur l'évolution des soins sans consentement**
 - Mettre en place un observatoire des SSC pour réfléchir à l'évolution des SSC et aux disparités qui existent entre régions, infrarégionales, infra départementales ou entre établissements.
 - Mener une analyse sur ces données - recherche action, commission départementale des soins psychiatriques, pluridisciplinaire et les mettre ces données à disposition de tous.
- **Améliorer la formation et l'information de tous les acteurs sur la réglementation relative aux SSC tout le long de la chaîne**
 - Au sein des établissements de santé, et également pour professionnels sanitaires et sociaux et les institutions. En prenant appui sur un guide relatif aux SSC et en privilégiant une approche territoriale pour partager l'information sur les évolutions locales.

Objectif 5 : Agir dès le plus jeune âge, par des interventions spécifiques renforcées de la périnatalité à l'adolescence

Selon plusieurs études (OMS, 2010, Unicef, 2011, Burns et Al., 2007, Leitch, 2007), la moitié des troubles mentaux commencent avant l'âge de 14 ans, et 70 à 80% avant l'âge de 25 ans. L'intervention au plus jeune âge est un enjeu majeur de la politique de santé mentale régionale

Cet objectif se décline en 3 sous-objectifs selon les périodes de la vie :

- Santé mentale et périnatalité

Le terme «périnatalité» couvre pour ce thème l'ensemble des événements qui surviennent pendant la grossesse, lors de l'accouchement et la période néonatale, jusqu'aux modalités d'interventions précoces chez l'enfant de moins de trois ans.

- Développer les compétences des parents au travers de programmes structurés.
- ✓ Privilégier les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité (précoces, inscrites dans la durée, effectuées par des pairs, collectives, et via des acteurs relais).
- ✓ Coordonner les interventions de l'ARS avec celles des autres acteurs des politiques publiques (participation de l'ARS au schéma des services aux familles).
- ✓ Cibler les interventions sur les publics vulnérables et les territoires socialement défavorisés.
- Prendre en compte la dimension psychosociale autour de la naissance pour dépister et traiter précocement.
- ✓ Poursuivre le déploiement des staffs médico-psycho-sociaux dans les maternités de PACA et consolider les liens pluri-institutionnels pour fédérer les acteurs.
- ✓ Approfondir le dispositif en intégrant les professionnels de ville ; les centres périnataux de proximité, la psychiatrie générale et infanto-juvénile, la pédiatrie.

- ✓ Favoriser la reprise systématique des cas complexes pour fluidifier les échanges et améliorer les pratiques.
- ✓ Organiser le recours à une expertise spécialisée avec réunion de concertation pluridisciplinaire pour les cas complexes de femmes sous psychotropes (souhait de grossesse ou grossesse en cours).
- ✓ Faire connaître le dispositif mis en place dans la région par un site internet, par des actions spécifiques et en s'appuyant sur les réseaux sociaux.
- Organiser les prises en charge les plus adaptées à la naissance.
- ✓ Mettre en place une prise en charge de proximité et favorable à la continuité des soins.
- ✓ Structurer la prise en charge des troubles psychiques dans le cadre d'une gradation des soins.
 - Niveau 1 : Repérage et orientation vers le soin spécialisé.
 - Niveau 2 : Prise en charge spécialisée au sein de la zone d'intervention de chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie par une intervention en ambulatoire sur le lieu de vie de la famille.
 - Niveau 3 : Recours régional avec l'objectif de déployer la palette complète de soins : hospitalisation-à temps partiel ; de semaine ou à temps plein et accueil familial thérapeutique de la mère et de l'enfant.
- ✓ Assurer le suivi et l'évaluation du développement de l'enfant par un pédiatre parallèlement à la prise en charge de sa mère.
- Accompagner précocement les enfants présentant un déficit ou un handicap.
- ✓ Privilégier une prise en charge globale et coordonnée en Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ; dynamiser leurs files actives en les recentrant sur leur cœur de cible (0-6 ans) ; en réorientant les troubles modérés ; et en fluidifiant le parcours d'aval vers les instituts médico-éducatifs (IME) ; les centres médico-psychologiques (CMP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et hôpitaux de jour.
- ✓ Construire cette prise en charge avec la même exigence de qualité que celle des enfants porteurs de troubles du spectre autistique (TSA) par la mise en œuvre de quatre axes d'action : dépistage / diagnostic / interventions précoces / réponse adaptée aux besoins pour l'enfant et sa famille.

- **Santé mentale au cours de l'enfance**

Comme l'ensemble du territoire national, PACA est confronté à une forte demande pour la prise en charge des troubles psychiques chez l'enfant, ne serait-ce qu'en raison des données de prévalence des troubles du spectre autistique (1 enfant sur 150 concerné). Dans le même temps, la pédopsychiatrie fait face à des difficultés structurelles majeures soulignées par différents rapports parus en 2017

Sur le plan de la prise en charge des enfants, l'offre actuellement disponible est essentiellement concentrée sur les CMP et l'hospitalisation de jour dans le secteur sanitaire, les CMPP, IME et SESSAD et scolarité adaptée dans le secteur médico-social.

- Améliorer l'organisation de la prise en charge en :
 - ✓ Prenant en compte les besoins pour tous types de troubles (troubles spécifiques des apprentissages ; troubles de la communication ; TDA-H...).
 - Promouvant le respect des recommandations de bonne pratique HAS/ANESM.
 - Améliorant la lisibilité de l'offre disponible.

- Articulant les actions sanitaires ; médico-sociales ; éducatives et de l'Education nationale et coordonner l'intervention d'une pluralité de professionnels et de services.

La prise en charge du TSA – trouble du spectre autistique - doit décliner au niveau régional les grands axes tracés par les plans autisme :

- Repérage et diagnostic précoce.
- Prise en charge précoce et intensive.
- En adaptant l'offre de soins aux besoins de soins individualisés de l'enfant (programme personnalisé d'intervention) et en intégrant la famille dans la prise en charge.

- **Santé mentale et adolescence**

Le vocable adolescent s'entend pour les mineurs âgés de 12 à 17 ans inclus. Ces bornes sont là pour rappeler que la prise en charge en pédopsychiatrie est plus adaptée que la prise en charge en psychiatrie générale jusqu'à la majorité civile. Lors des situations de crise nécessitant une hospitalisation, une prise en charge contenante et adaptée repose sur trois facteurs déterminants : la dotation en personnel ; leur formation et l'architecture des locaux.

L'objectif est d'assurer une prise en charge optimale et d'éviter les ruptures de parcours aux âges frontières.

- **Faciliter l'accès aux soins le plus précoce possible.**
 - ✓ Soutenir et déployer les Maisons des adolescents (MDA).
 - Renforcer la dynamique partenariale, notamment avec la psychiatrie générale (accueil des adolescents de parents présentant un trouble psychique grave ou orientation des parents dont les adolescents signalent les difficultés).
 - Réaliser le maillage du territoire d'intervention de chaque MDA (antennes et permanences).
 - Spécialiser chaque MDA sur une thématique (une «niche») pour qu'un savoir-faire spécifique puisse profiter à tous.
 - Renforcer les démarches d'accompagnement à l'insertion scolaire et professionnelle (lien avec les missions locales).
 - ✓ Traiter en priorité la question de l'accès aux structures ambulatoires CMP – CMPP – SESSAD, difficulté prégnante pour la région, en articulant CMP et CMPP, en adaptant les horaires d'ouverture des structures au mode de vie des adolescents, en mettant en place une organisation qui permette de répondre aux demandes urgentes.
 - ✓ Comblent le déficit dans la gradation des soins sur l'offre à temps partiel.
 - En étoffant l'offre d'hospitalisation de jour afin d'éviter au maximum l'hospitalisation temps plein et en développant l'hospitalisation de nuit pour combiner soins et scolarisation.
 - En veillant à ce que toute unité temps plein dispose d'une offre à temps partiel de jour.
 - ✓ Améliorer l'accès au secteur médico-social en développant le fonctionnement en dispositif des IME/ITEP ce qui accroît leur flexibilité et en réduisant les disparités territoriales (les délais d'accès sont variables selon les départements).
 - ✓ Développer l'aller vers en créant des équipes mobiles qui peuvent intervenir dans le secteur médico-social et social et à domicile.
 - ✓ Revivifier et accompagner le dispositif des familles d'accueil pour disposer d'une palette de réponses thérapeutiques complète en veillant à la formation des familles et à leur accompagnement par les acteurs du soin.

- **Améliorer la prise en charge en hospitalisation temps plein des adolescents.**
 - ✓ Prévenir l'orientation vers l'hospitalisation d'adolescents pour lesquels cette prise en charge n'est pas adaptée.
 - Pour les adolescents qui décompensent sur un état déficitaire ou un trouble envahissant du développement.
 - Pour les adolescents placés qui présentent des troubles socioéducatifs.
 - Privilégier la création d'un petit nombre de lits d'urgence dans un IME (2 lits pour les départements les plus importants) et organiser l'appui d'une équipe mobile de l'intersecteur de pédopsychiatrie.
 - Appuyer les structures ESMS par l'intervention d'équipes mobiles et former les personnels de ces structures.
 - ✓ Améliorer la prise en charge aux urgences et en pédiatrie.
 - Renforcer les équipes de liaison.
 - Inscrire dans les projets d'établissement le lien pédiatrie et pédopsychiatrie.
 - Mener, lors de toute restructuration architecturale des services de pédiatrie, une réflexion sur l'accueil des adolescents.
 - ✓ Privilégier une prise en charge des adolescents en pédopsychiatrie plutôt qu'en psychiatrie générale, surtout pour les adolescents en crise.
 - Création d'unités dédiées et de lits dédiés au sein d'unités spécialisées.
 - Création de lits fléchés au sein des structures permanentes d'accueil des urgences psychiatriques (CAP).
- **Articuler la pédopsychiatrie avec les autres disciplines médicales.**
 - ✓ Avec la psychiatrie générale et inscrire cette articulation dans chaque projet d'établissement autorisé en psychiatrie pour :
 - L'accompagnement des enfants dont l'un des parents a un trouble psychique grave.
 - Le relais de prise en charge de l'adolescence vers l'âge adulte.
 - Les pathologies comme les troubles du comportement alimentaires TCA.
 - ✓ Avec la médecine générale et la pédiatrie.
 - Par la formation des médecins de premier recours.
 - En donnant de la lisibilité au dispositif de soins.
 - En informant le médecin traitant de façon systématique sur la prise en charge proposée aux adolescents.
 - ✓ Avec l'addictologie et proposer une prise en charge conjointe, articulée et doublement spécialisée.
- **Favoriser la place des thérapies non médicamenteuses.**

Face à la disparité des pratiques, au non-respect parfois de bonnes pratiques de prescription et le cas échéant à l'initiation fréquente de psychotropes par les médecins de premier recours, il importe de renforcer la formation avec un dispositif adossé aux deux CHU, de promouvoir des prescriptions médicamenteuses de qualité et de développer les alternatives non médicamenteuses.

- **Améliorer la coordination du parcours de vie.**
 - ✓ Favoriser le maintien ou la reprise de la scolarité dans le cadre du droit commun chaque fois que cela est possible pour favoriser le rétablissement.
 - ✓ Développer des prises en charge conjointes, partagées et pas seulement coordonnées.
 - ✓ Préparer et accompagner collectivement/en transversalité le passage à l'âge adulte.

- ✓ Utiliser les outils à disposition : la télémédecine ; les réunions de concertation pluridisciplinaires ; les approches territoriales (Territoire de santé mentale – Conseil local de santé mentale ...).
- **Améliorer l'information sur l'offre de prise en charge disponible par la mise à disposition d'un répertoire territorial des ressources.**
- ✓ Outil d'information et d'orientation avec l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et sociales de la région en santé mentale ; à double entrée : une pour les personnes vivant avec un trouble psychique et leurs familles et une pour les professionnels.
- ✓ Outil interactif avec mise à jour des données au fil de l'eau et géolocalisation.

Objectif 6 : Améliorer la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique

Les personnes vivant avec un trouble psychique, rencontrent des difficultés d'accès aux soins somatiques, quel que soit le niveau de recours. Les efforts devront porter vers :

- une meilleure prise en charge somatique : liens avec le médecin traitant (15% des personnes avec troubles sévères n'ont pas de médecin traitant), relations avec les services hospitaliers, organisation de consultations de médecine générale et de spécialités dans les établissements psychiatriques, amélioration de la qualité des prescriptions médicamenteuses
- des actions préventives spécifiques et l'accès aux activités courantes (activité physique dans programmes d'éducation thérapeutique).

Objectif 7 : Adapter le système de santé mentale au vieillissement de la population

Selon l'OMS (2016), plus de 20% des adultes de 60 ans et plus dans le monde souffrent d'un problème de santé mentale ou neurologique et 6,6% des incapacités chez les plus de 60 ans sont attribuées à des troubles psychiques ou neurologiques. Les troubles les plus courants sont la démence (maladies neurodégénératives, Alzheimer et apparentés) et la dépression. Les troubles anxieux touchent 3,8% de la population âgée et environ un quart des suicides concernent des personnes âgées de 60 ans ou plus. Selon les analyses épidémiologiques, près de 90% de suicides de personnes âgées sont en lien avec un trouble psychiatrique (ANESM). Les symptômes de dépression chez le sujet âgé sont souvent négligés et non traités car ils coïncident avec d'autres problèmes liés à l'avancée en âge.

Plusieurs groupes de population sont concernés : les personnes âgées de plus de 65 ans de la région PACA qui présentent une pathologie psychiatrique de novo avec une attention particulière aux pathologies dépressives et aux tentatives de suicide ; celles qui présentaient un trouble psychique grave et qui vieillissent avec et celles qui présentent des troubles du comportement en rapport avec une pathologie neurodégénérative ou une pathologie somatique et pour lesquelles un avis spécialisé est requis.

- **Mettre en place une filière intégrée de prise en charge pour chaque territoire de santé mentale de PACA.**

Une filière intégrée devrait comprendre :

- ✓ Une unité de court séjour aux visées d'évaluation, d'instauration d'un programme de soins et d'équilibration des traitements (séjours de rupture) dotée d'une équipe pluridisciplinaire.

- ✓ Un hôpital de jour spécialisé, en lien avec les services et les hôpitaux de jour de gériatrie.
- ✓ Une équipe mobile intervenant dans les EHPAD et/ou à domicile au plus près du lieu de vie du patient.
- ✓ Un dispositif d'articulation entre les différents intervenants.

Dans un second temps, sur la base de cet équipement socle, il s'agira de renforcer le maillage du territoire avec des équipes mobiles de santé mentale, articulées avec les filières gériatriques.

Objectif 8 : Prévenir le suicide

Priorité de santé publique en France depuis la fin des années 1990, la lutte contre le suicide relève d'une politique de prévention active et plurisectorielle. Une approche globale de la question amène à prendre en compte le suicide mais aussi les tentatives de suicide (TS), les idées suicidaires et l'impact des suicides et TS sur l'entourage.

Les données pour la région PACA montrent un taux de suicide standardisé de 15,3 pour 100 000 habitants, inférieur en 2012 (source CepiDc) à la moyenne nationale de 8% avec des disparités territoriales importantes⁹. La dépression est la première cause de suicide : près de 70% des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée.

Dans le cadre de la déclinaison des orientations nationales sur la stratégie de prévention du suicide, plusieurs axes d'action peuvent être tracés.

- **Documenter et étudier les disparités territoriales en PACA pour cibler les actions efficaces.**
 - **Poursuivre la formation des professionnels de première ligne dont les médecins généralistes au repérage de la crise suicidaire.**
 - ✓ Poursuivre l'organisation de journée de rencontre des formateurs aux fins d'analyse des besoins et perspectives.
 - ✓ Développer et structurer les partenariats existants (CLSM ; MDA...) pour favoriser le maillage territorial.
 - ✓ Mettre en place les actions de formation en proximité pour faciliter le dépistage et la transversalité (formation d'acteurs venant de plusieurs horizons dans un même temps) et porter une attention particulière à la formation des travailleurs sociaux.
 - ✓ Mener des politiques systémiques, répétées et ciblées (en fonction des données épidémiologiques).
 - ✓ Mettre en place un dispositif spécifique pour les médecins généralistes de type e-learning afin de mettre à disposition des fiches de bonne pratique, des outils d'aide au repérage et le répertoire des ressources nécessaire pour orienter les patients.
 - **Accompagner de manière spécifique les personnes à risque**

Prendre appui sur le savoir-faire développé par le dispositif de recontact des adolescents ayant fait une tentative de suicide «ASMA» pour étendre sa couverture au sein des Bouches-du-Rhône et prendre en compte les résultats de l'évaluation du dispositif Vigilans en cours au niveau national.

- ✓ Essaimer ces expériences positives dans les autres territoires de PACA et s'appuyer sur le réseau des MDA et partenaires locaux pour assurer un suivi des suicidants dans les zones non couvertes par ASMA ou en complément.
- ✓ Développer un dispositif de suivi équivalent chez les personnes adultes.

⁹ : Le Var et les Alpes de Haute Provence sont les départements où la mortalité est la plus importante. Ces données pour les tentatives de suicide montrent, en 2013, des taux standardisés similaires aux taux nationaux (source ATIH) avec, ici aussi des disparités importantes : les Alpes Maritimes et le Vaucluse sont les deux départements les plus concernés.

- **Améliorer les actions de post-prévention.**

- ✓ En proposant une consultation à l'entourage de la personne qui est passée à l'acte (famille, professionnels, codétenus) par une psychologue.
- ✓ En développant les groupes de parole au sein des associations.
- ✓ En mettant en place dans le milieu professionnel un débriefing systématique.
- ✓ En développant la professionnalisation de ces interventions et la supervision des intervenants par des professionnels (psychologue ou psychiatre).

Résultats attendus :

- Renforcement des capacités/compétences des personnes à affronter les adversités
- Meilleure participation/inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique
- Gain de chances pour la rémission clinique et le rétablissement
- Les acteurs des différents champs se connaissent, collaborent et ont mis en place des réponses concrètes pour adapter les réponses aux besoins des personnes
- Les personnes vivant avec un trouble psychique, ainsi que leurs proches, sont mieux informés et outillés pour gérer leur maladie leur traitement et leurs droits ou accompagner la personne
- La population générale, comme les professionnels, ont une meilleure connaissance des maladies mentales, ce qui favorise le repérage et l'accès aux soins précoce et l'inclusion sociale des personnes
- Les usagers des services de santé mentale participent à la co-construction des politiques, interventions, organisations les concernant
- Augmentation des médiateurs pairs de santé et des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans la région
- Réduction du délai d'attente pour une première consultation et pour une prise en charge
- Extension des plages horaires d'ouverture des structures
- Existence d'un dispositif de réponse aux demandes urgentes sur le territoire de santé mentale
- Diminution du nombre d'adolescents hospitalisés pour troubles psychiques en psychiatrie générale
- Diminution de la consommation de psychotropes chez les mineurs par territoire de santé mentale
- Les personnes suivies pour un trouble psychique ont accès à des soins somatiques, des actions de prévention et de dépistage
- Augmentation de l'espérance de vie des personnes vivant avec un trouble psychique
- Les personnes de plus de 65 ans souffrant de troubles psychiques ont accès à une offre spécialisée en psychiatrie au domicile comme en institution
- Renforcement des appuis spécialisés en psychiatrie pour les EHPAD

- Baisse de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées de plus de 65 ans
- Diminution du taux de suicide et de tentatives de suicide

2.7 Parcours petite enfance, enfants, adolescents, jeunes

Contexte

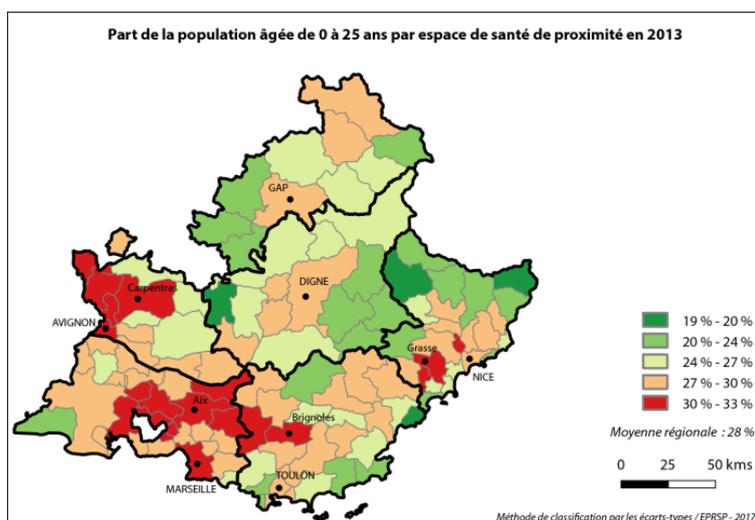
Une proportion importante de la population

Les publics concernés par ce parcours sont les enfants et les jeunes de 0 à 25 ans, catégorisés en 4 classes d'âge, petite enfance 0-6 ans, 6/10 ans, 11/15 ans et 16/25 ans, les parents (et les personnes assumant la fonction parentale), qui sont indissociables de l'enfant de sa conception jusqu'à, au moins, l'adolescence, et les professionnels au contact de ce public (santé, social, médico-social, modes de garde, éducation, insertion professionnelle, loisirs...).

Ce parcours concerne donc une population très importante, 28,44 % de la population totale en Paca, soit environ 1 500 000 enfants, adolescents, jeunes de moins de 25 ans. La projection d'évolution est relativement constante d'ici 2026.

D'importantes disparités infrarégionales

Ce public est surreprésenté dans les départements des bouches du Rhône et Vaucluse 30 à 33% de la population totale



Une région riche, avec de nombreuses inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)¹⁰

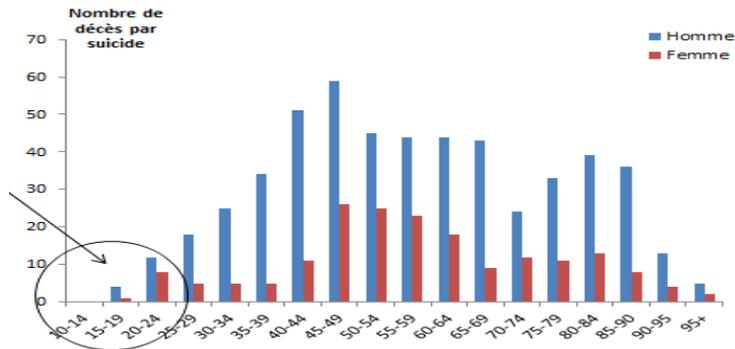
Sur les 1 500 000 enfants, adolescents, et jeunes de moins de 25 ans près de 900 000 vivent dans des territoires identifiés en situation de désavantage social (classes 4 et 5 IDS)¹¹. Le taux de pauvreté en Paca est jugé par l'Insee nettement supérieur à celui de la France métropolitaine et ce sont les départements des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse qui sont les plus touchés, quelle que soit la tranche d'âge. De plus, les jeunes sont les plus touchés: 17,3 % des moins de 30 ans, contre 14,5 % en France métropolitaine.

Des indicateurs de santé spécifiques :

¹⁰ De manière générale, les disparités de santé ne se résument pas à une opposition pauvre-non pauvre mais forment un gradient social de santé. L'état de santé varie tout au long de la hiérarchie sociale

¹¹ Source ARS/ORS Sirs Paca – IDS indice de désavantage social

- Obésité : en PACA, augmentation de 67,1% entre 1997 et 2012 du taux de prévalence de l'obésité (en 1997 le taux de prévalence était de 7,9%, il est passé à 12,4% en 2012). En 2016 le taux de prévalence de l'obésité dans les Bouches du Rhône s'élevait à 17%.
- Les troubles «DYS», les troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages sont fréquents. Les études ont démontré que 4 à 5% des élèves d'une classe d'âge sont dyslexiques, 3% sont dyspraxiques et 2% sont dysphasiques. Ces troubles ont des répercussions sur le développement de ces enfants.
- La part des enfants non vaccinés (Rougeole-Oreillons-Rubéole) en 2011, à l'âge de 24 mois, 85.9% des enfants en PACA ont reçu une seule dose de vaccin ROR contre 89.4% en France entière. 64.4% ont reçu les deux doses recommandées contre 67.2%. En 2015, cette couverture vaccinale reste inférieure aux moyennes nationales.
- Les conduites addictives : selon les résultats 2014 de l'enquête ESCAPAD auprès des jeunes de 17 ans, la région présente des niveaux d'expérimentation de produits cannabis à 50% vs 47,8% France métropolitaine.
- Une épidémie VIH active en Paca, deuxième région la plus touchée. La région concentre près de 8% des nouvelles contaminations chaque année (plus de 6000 France entière en 2016) et le nombre de nouvelles infections est en augmentation dans la région alors qu'il est stable en Ile-de-France.
- Le taux de recours à l'IVG le plus élevé de France métropolitaine. La tendance générale en Paca est à la baisse depuis cinq ans mais, en 2016, la région a toujours le taux de recours à l'IVG le plus important en France métropolitaine : 20,5‰ femmes en âge de procréer 15 à 49 ans vs 13,2 ‰ en France métropolitaine (source DGS) avec un recours plus fréquent entre 20 et 25 ans (42,6‰). Le taux de recours chez les mineures est également supérieur à la moyenne nationale (10,6 ‰ vs 7,6‰ taux 2015).
- La prise en charge de l'enfant malade.
En France en 2015 : 10,1 millions d'affections longue durée (ALD) dont 464 000 ALD pédiatriques. (Régime général de la sécurité sociale).
Incidence des maladies chroniques pédiatriques en PACA de mai 2016 à avril 2017 : environ 54 000.
- Mortalité des jeunes.
En moyenne, 569 jeunes âgés de 15-34 ans décèdent chaque année en Paca sur la période 2009-2013. La mortalité des jeunes est en baisse continue depuis 10 ans dans la région, comme en France. Les décès des 15-34 ans sont marqués par la prédominance des morts violentes telles que les accidents de la route (122 décès en moyenne chaque année) et les suicides (91 décès en moyenne chaque année) sur la période 2009-2013.
- Prévalence du suicide :
Répartition du nombre de décès par suicide en 2012 chez des personnes résidant en région PACA selon le sexe et l'âge. (Extrait de l'étude préliminaire sur l'analyse des suicides, les hospitalisations par suicide et les tentatives de suicide 2016 - Cire Paca - Santé publique France). Les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (28 pour 10 000).



Source : Observatoire national du suicide - 2e rapport / février 2016

Identification des problématiques potentielles liées à des facteurs de risques de ruptures

Peuvent entrainer une fragilité physique ou psychologique :

- Les passages d'âges clés dans le parcours de vie : Le développement de l'enfant, la puberté, l'adolescence, ainsi que les étapes de scolarisation, les études universitaires, l'insertion professionnelle et les étapes liées à l'autonomie du jeune ;
- Les relations «malaisées» de l'enfant avec ses milieux de vie familial, social, éducatif, environnemental ou territorial ; Les déterminants sociaux peuvent avoir une influence toute particulière sur l'état de santé futur en cas d'expositions précoces à certains facteurs sociaux délétères durant la période fœtale ou l'enfance. Les maladies de l'adulte y trouvent en effet une part de leurs origines.
- L'absence de parcours de la prévention aux soins peut avoir pour conséquence une réponse inadaptée, minimale, ou non graduée comme problématique potentielle ; Le suivi pédiatrique régulier prévu aux âges clés du développement de l'enfant est indispensable pour dépister des troubles potentiels. Le parcours de santé est essentiel avec des étapes lisibles et fluides (repérage, dépistage, diagnostic, prise en charge, sortie ou retour dans le soin).

Enjeux

Quels que soient l'âge ou la thématique concernée, les enjeux sont de permettre que chaque enfant puisse bénéficier dans un continuum de santé et de bien-être, de facteurs de protection, d'éducation à la santé, de surveillance pédiatrique, de prise en charge médico-sociale, médicale spécialisée ou complexe.

La promotion de la santé, la prévention, la protection des environnements, l'éducation à la santé, ainsi que le développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge sont au cœur de la stratégie de santé publique. Enfin, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé reste un enjeu transversal prépondérant, pour réduire dès le plus jeune âge l'exposition à des stress chroniques ayant un impact démontré tant au niveau psychologique que physiologique¹². Par conséquent une attention particulière sera portée sur les populations les plus vulnérables.

Augmenter les chances d'avoir un adulte en capacité d'exprimer toutes ses potentialités y compris s'il est porteur d'une maladie, d'un handicap, ou ayant un parcours de vie impacté par des évènements sociaux défavorables.

¹² La santé en action – revue de Santé Publique France – N° 437, septembre 2016, page 11

Pour répondre à cet enjeu, des objectifs sont déclinés dans ce parcours selon trois axes :

- L'action sur les politiques publiques de santé.
- L'action sur la coordination des parcours de santé.
- Des actions sur des thématiques ou pour des publics spécifiques.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Agir sur les déterminants de santé et améliorer la connaissance de l'état de santé des enfants et jeunes tout au long du parcours.

Objectif 2 : Construire un parcours de santé global dédié à l'enfant et à l'adolescent.

Objectif 3 : Agir sur des thématiques et publics prioritaires (nutrition; souffrance psychique; conduites addictives ; santé sexuelle ; enfants et jeunes en difficultés spécifiques).

Objectif 1 : Agir sur les déterminants de santé et améliorer la connaissance de l'état de santé des enfants et jeunes tout au long du parcours.

- Agir sur les déterminants de la santé dans une démarche intersectorielle.

Un environnement favorable pour l'enfant influe sur sa santé globale et, plus tard, sur sa santé d'adulte. A contrario, l'adversité à laquelle l'enfant fait face est un facteur potentiel d'altération de santé à l'âge adulte. Les déterminants sociaux ont un impact sur la santé future.¹³

- Définir des modalités de collaboration partagées avec les acteurs chargés de la santé et plus particulièrement auprès des enfants et des jeunes, dans une démarche intersectorielle : l'éducation, la formation, l'insertion professionnelle, l'emploi, la justice, le logement, l'environnement, le social, les collectivités territoriales, la politique de la ville, l'urbanisme, l'agriculture urbaine.
- ✓ Favoriser le partage d'une culture commune.
- ✓ Proposer un travail commun en mode projet pour ancrer un principe de transversalité entre les institutions.
- ✓ Organiser le partage d'expériences efficaces ou innovantes.
- ✓ Mener une démarche d'évaluation adaptée des expériences.
- Poursuivre et consolider les relations partenariales déjà engagées avec les institutions et/ou mettre en œuvre les conventions déjà signées.
- Engager de nouveaux partenariats
- Transférer les méthodologies de démarche intersectorielle déjà mises en place localement.
- Poursuivre le plaidoyer sur les déterminants de santé.

- Améliorer la connaissance de l'état de santé des enfants et des jeunes.

L'action en santé auprès des enfants fait appel à une multitude d'acteurs institutionnels (dont les conseils départementaux via les services de PMI, l'éducation nationale et les professionnels libéraux) et de dispositifs «réglementaires». Cependant, cette action apparaît très fragmentée pour deux raisons : chaque institution garde une autonomie d'action sur le périmètre «géographique et/ou sectoriel» dont elle a la charge et techniquement, il n'existe

¹³ La santé en action - Septembre 2016 / Numéro 437 – Dossier « Accompagner le développement du jeune enfant »

pas d'échange d'information structuré pour faciliter le dialogue et la coordination entre institutions et dispositifs réglementaires leur permettant de dialoguer et de se coordonner.

Le déficit de connaissance sur l'état de santé des enfants pénalise les décisions des acteurs impliqués dans la santé des enfants : choix des investissements pertinents, adéquation de l'offre au besoin, évaluation de l'impact des actions sur la santé des enfants. Pour remédier à ce déficit, il est proposé de :

- Construire un socle de connaissance commun en partageant les données rassemblées par tous les acteurs (ARS, PMI, Réseaux, Education Nationale, professionnels de santé, Assurance Maladie etc.).
- Répondre à des questions de dimensionnement, quantifier/qualifier précisément par exemple les investissements à programmer (places, formations, ressources humaines).
- Quantifier dans le temps et l'espace l'impact des politiques menées (évolution de déterminants clés pour la santé, tels que le taux d'obésité ou bien la couverture vaccinale) et de proposer des inflexions de ces politiques (choix des investissements pertinents, adéquation de l'offre au besoin, évaluation de l'impact des actions sur la santé des enfants).
- S'assurer que les problèmes de santé détectés chez un enfant soient suivis d'un contact effectif avec le système de prise en charge et que la pratique de prise en charge soit adaptée à son besoin.

Objectif 2 : Construire un parcours de santé global dédié à l'enfant et à l'adolescent

- **Permettre à tous les enfants de bénéficier de facteurs de protection et de connaissances en santé**

La notion de facteurs de protection est ici évoquée en raison de la vulnérabilité particulière des enfants, pendant la grossesse et tout au long de leur développement :

- Facteurs socio-environnementaux : stress prématuré en raison de situations sociales, répercussion sur les maladies chroniques à l'âge adulte.¹⁴
- Nutrition : allaitement, alimentation équilibrée et activité physique.
- Exposition aux toxiques environnementaux : air intérieur, air extérieur, perturbateurs endocriniens...

L'éducation à la santé a pour objectif l'acquisition de connaissances et de compétences en santé.

Les compétences psychosociales¹⁵ influencent le comportement et les décisions d'un individu, elles sont regroupées en trois catégories : compétences personnelles cognitives, compétences émotionnelles et compétences relationnelles. L'acquisition, dès le plus jeune âge, des compétences psychosociales représente un déterminant majeur des comportements favorables à la santé adoptés dans le parcours de vie, avec une influence démontrée sur la souffrance psychologique, la santé sexuelle, les addictions.

¹⁴ Source : La santé en action, septembre 2016 n°137

¹⁵ L'OMS (Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies, Life skills education in schools, 1993), définit les compétences psychosociales (CPS) comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un

- **Favoriser, chez l'enfant et les parents, l'acquisition de connaissances et compétences qui lui permettront d'adopter des comportements favorables à sa santé et à celle des autres**

- ✓ Mettre en place dès l'école maternelle des actions pour un environnement favorable à la santé : hygiène, rythme de vie, sommeil, jeux et usages des écrans, développement du langage.
- ✓ Intégrer l'éducation à la santé aux programmes scolaires : conduite à tenir en cas d'accident, éducation à la relation et à la gestion des conflits
- ✓ Favoriser chez les parents et chez les personnes relais des habitudes de vie favorables à la santé par : l'information sur les risques d'expositions de la femme enceinte et du jeune enfant aux polluants dans l'habitat et au travail (air intérieur, produits ménagers, produits cosmétiques, jouets, alimentation ...), la formation des professionnels relais pour délivrer les messages de prévention primaire et universelle d'éducation à la santé, le soutien aux programmes développant les comportements favorables à la santé notamment pendant la grossesse, la sensibilisation à la vaccination des enfants, l'identification et l'action sur les conditions de vie insalubre ou les logements inadaptés pour les enfants (saturnisme infantile, asthme...).

- **Favoriser le développement dès le plus jeune âge de compétences psychosociales.**

Le développement des compétences psychosociales constitue un socle généraliste indispensable aussi bien en matière de santé et de cohésion sociale qu'en ce qui concerne la réussite scolaire¹⁶. En privilégiant des interventions dans les établissements scolaires prioritaires c'est également un choix stratégique dans le cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

- ✓ Soutenir la mise en œuvre de programmes de développement et renforcement des compétences psychosociales des enfants.
- ✓ Soutenir la mise en œuvre de programmes de développement et renforcement des compétences parentales (être un futur parent, projet parental, grossesse, développement de l'enfant, soutien fonctions parentales selon les âges de l'enfant...).

- **Poursuivre le partenariat avec l'Education Nationale.**

Définir un programme régional d'actions de prévention et promotion de la santé élaboré dans le cadre de la convention ARS Paca/Education Nationale, en lien avec le parcours éducatif en santé.

- **Prévenir et détecter les maltraitances et les violences subies.**

Assister à des scènes de violences commises au sein du couple entraîne des effets sur la santé des enfants : énurésie, encoprésie, anxiété, syndrome de stress post-traumatique et des conséquences sur leur développement. Par ailleurs, l'isolement auquel le secret familial oblige et l'absence d'apprentissage des modalités relationnelles autres que la violence surexposent l'enfant à l'effet désocialisant de la violence, augmentant le risque de reproduction des comportements violents. Or, 143 000 enfants vivent dans un foyer dont la mère a déclaré être victime de violences de la part de son conjoint ou ex-conjoint et 42 % de ces enfants ont moins de 6 ans¹⁷.

¹⁶ Fortin J. Sante publique et développement des compétences psychosociales à l'école mis en ligne le 1er février 2012. Consulté le 1er juin 2015 <http://www.ecolechangerdecap.net/spip.php?article92>

¹⁷ 5^{ème} plan national de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017/2019

- **Informier et sensibiliser les professionnels relais au repérage précoce des enfants exposés aux violences.**
- **Redéfinir le parcours de soins de l'enfant, plus particulièrement pour les enfants atteints de maladie chronique**

La spécificité de la prise en charge des enfants porteurs de pathologies chroniques

En pédiatrie, le poids des maladies chronique est important. En France en 2015 selon les chiffres du régime général de la sécurité sociale sur les 10,1 millions d'ALD, 464 000 concernent les enfants.

En PACA, l'incidence des maladies chroniques pédiatriques de mai 2016 à avril 2017 est d'environ 54 000 cas.

Les pathologies les plus fréquentes sont majoritairement les affections psychiatriques de longue durée (incluant les retards mentaux), ensuite les affections neurologiques et musculaires, enfin les cardiopathies et les troubles du rythme, le diabète et l'insuffisance respiratoire grave.

Population pédiatrique en 2016 : 16 millions en France pour 1,14 millions en PACA.

Démographie des pédiatres en 2016 : 7 735 en France pour 696 en PACA.

L'objectif est double : avant tout il convient d'améliorer le repérage des maladies chroniques de l'enfant pour diminuer le délai de prise en charge. D'autre part, il faut **tenir compte de la spécificité** de l'enfant qui est une personne en pleine construction avec le passage par des périodes charnière d'autonomisation (enfance/adolescence – adolescence/âge adulte), une personne pour laquelle la maladie chronique s'inscrit au-delà d'un parcours de soins, dans un parcours de vie auquel il convient aussi d'intégrer les parents.

Mettre en place un parcours de soins dont les étapes devront être plus lisibles et plus fluides. Pour y parvenir, il est important de rendre lisible une offre graduée des soins (centre expert, consultations spécialisées dans les CH, médecins traitants).

- **Améliorer le repérage**

- ✓ Améliorer le repérage trop souvent tardif en impliquant tous les médecins (PMI, Médecins scolaires, Médecins traitants) qu'il faut encourager à communiquer entre eux et à adresser rapidement le jeune patient aux spécialistes en cas de suspicion.
- ✓ Mailler la région par la diffusion d'un annuaire de ressources permettant aux professionnels et aux particuliers d'avoir accès aux informations (ROR) pratiques concernant les maladies chroniques.
- ✓ Agir sur la formation des médecins libéraux, des internes et des paramédicaux.
- ✓ Elaborer des plans d'action spécifiques pour les services d'urgence, lorsque l'entrée dans la maladie se fait par ce biais-là.

- **Améliorer le diagnostic**

Créer un réseau pédiatrique constitué de professionnels de terrain - médecins traitants, médecins exerçant dans les structures de court séjour et de soins de suite - permettant de repérer les hyper spécialistes, de gérer les formations médicales et paramédicales, et de gérer les plateaux techniques (biologie et radiologie) à haute spécificité pour optimiser la fiabilité des examens.

- **Développer les dispositifs d'annonce**

Mettre en place des dispositifs d'annonce du diagnostic par des centres compétents disposant de plateaux techniques étoffés, en lien avec le médecin traitant et intégrer un accompagnement socio-psychologique de l'enfant et de son entourage.

- **Améliorer le suivi**

- ✓ Assurer un suivi de proximité par le médecin traitant en lien avec un médecin expert.
- ✓ Encourager la télémédecine pour permettre un suivi de proximité de qualité, notamment dans les territoires isolés.
- ✓ Identifier les cas complexes précocement afin de désigner un « gestionnaire de cas » qui coordonnera leur parcours de soins.
- ✓ Mettre en place des consultations avancées dans les centres périphériques pour permettre de faire un point régulier sur l'évolution de l'enfant et de sa pathologie.
- ✓ Veiller à une meilleure répartition de l'offre de structures de SSR pédiatriques.
- ✓ Prévoir des séjours de répit pour les enfants malades afin de permettre aux familles un temps de séparation.
- ✓ Développer l'offre d'HAD pédiatrique, en lien avec les centres experts.

- **Développer et adapter l'éducation thérapeutique**

- ✓ Développer une offre d'éducation thérapeutique plus souple, adaptable en fonction du développement de l'enfant (périodes charnières).
- ✓ L'ETP pourrait être réalisée en dehors de l'hôpital, en groupes et par des équipes mobiles et utiliser des dispositifs connectés (smartphones...).

- **Organiser le relais de prise en charge à l'âge adulte**

La fin de la prise en charge pédiatrique doit être faite par des équipes pluridisciplinaires constituées de pédiatres et de spécialistes de médecine adulte au moment où l'équipe juge le jeune assez mature afin de préparer au mieux la transition et éviter le risque de rupture dans le parcours de soins.

- **Eviter les ruptures dans le parcours entre prévention, soin et médico-social.**

Les troubles peuvent être repérés aux différentes phases du développement de l'enfant, il est important que le dépistage soit effectué dès leur apparition pour que le diagnostic et les prises en charges soient précoces et adaptés. La plasticité cérébrale permet dans la plupart des cas chez le jeune enfant de mettre en place au plus tôt des stratégies adaptatives efficaces qui éviteront certaines comorbidités.

De 0 à 6 ans, les principales étapes du dépistage sont les consultations pédiatriques prévues de 0 à 24 mois, puis dans le cadre du suivi médical régulier de l'enfant, le bilan à quatre ans réalisé par les PMI en maternelle et le bilan à cinq ans réalisé par la médecine scolaire pour l'entrée au CP. Les principaux troubles dépistés sont les troubles psychomoteurs, spécifiques du langage, cognitifs, de l'attention et de l'hyperactivité, du spectre de l'autisme. Il est important de maintenir un dispositif de rattrapage pour les enfants de 7 à 18 ans qui n'auraient pas été dépistés précocement ou pour certains troubles d'apparition plus tardive chez l'enfant.

Du fait de la complexité des troubles du développement de l'enfant, les professionnels de santé font parfois face à des difficultés pour poser un diagnostic ou orienter vers un spécialiste ou vers une prise en charge adaptée.

Le rôle des parents est primordial par leur capacité à observer très tôt un signe d'alerte mais ils doivent pouvoir bénéficier d'un soutien en cas d'annonce d'un trouble sévère ou d'un handicap.

La logique d'un parcours pour l'enfant et sa famille prend ici tout son sens, en veillant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Au vu de la transversalité de cet objectif il est nécessaire de travailler sur les trois composantes du parcours :

Prévention : le repérage et le dépistage des troubles du développement psychomoteur, sensoriel, cognitif, relationnel, émotionnel.

Soins : diagnostic et offre de prise en charge.

Médico-social : offre en proximité et coordination avec offre de soins libérale et hospitalière.

- **Eviter les ruptures pour les enfants et jeunes en situation de handicap en lien avec le parcours des personnes en situation d'handicap.**
- ✓ Assurer un maillage territorial équilibré pour permettre l'accès aux dispositifs de dépistages pour tous les enfants.
- ✓ Faciliter les diagnostics précoces.
- ✓ Adapter l'offre en proximité : diversification des modalités d'accueil, dispositifs, renforcer les CAMSP, simplifier les agréments d'âge des ESMS.
- ✓ Accès aux prises en charges paramédicales adaptées : kinésithérapeutes spécialisés, orthophonistes, psychomotriciens...
- ✓ Accès aux dispositifs spécifiques tels que les CRTLA.

Objectif 3 : Agir sur des thématiques et pour des publics prioritaires

- **Consolider le parcours sur la thématique nutrition, de la prévention à la prise en charge**
 - **Développer la prévention et le repérage**
 - ✓ Favoriser l'accès à une alimentation équilibrée et une activité physique régulière pour tous.
 - ✓ Favoriser et impulser des actions, démarches et des collaborations contribuant à faire de la prévention du surpoids et de l'obésité une priorité collective et la prendre en compte dans les politiques publiques afin d'assurer des environnements sociaux et physiques favorables.
 - ✓ Intégrer cette thématique dans le parcours éducatif santé des élèves en coopération avec l'Education Nationale et le service de PMI.
 - ✓ Poursuivre la mise en place d'actions et de démarches auprès des enfants et des parents de façon graduée, en prenant en compte les spécificités des publics et plus particulièrement pendant la période périnatale.
 - ✓ Systématiser le repérage du surpoids tout au long de la scolarité (rebond d'adiposité précoce dès 2 ans).
 - ✓ Organiser le lien entre les acteurs de la prise en charge (en particulier le rôle de coordination du médecin traitant).

- **Favoriser la prise en charge pluridisciplinaires de proximité dans une démarche d'éducation thérapeutique intégrée aux soins**
- ✓ Favoriser la prise en charge (PEC) pluridisciplinaire de proximité dans une
- ✓ Démarche d'éducation thérapeutique intégrée aux soins :
- ✓ Donner aux médecins traitants les moyens d'assurer leur mission de 1er recours (formation, aide à la PEC).
- ✓ Identifier les professionnels pouvant assurer le 2ème recours (état des lieux), leur proposer des formations.
- ✓ Compléter l'offre de proximité lorsque nécessaire (mettre en place des équipes mobiles de 2ème recours).
- ✓ Conforter les CSO pédiatriques dans leurs missions de 3ème recours en lien étroit avec les autres acteurs dont les établissements SSR.

- **Améliorer la prévention et le repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire.**

Les troubles apparus au cours de l'enfance ont une répercussion sur la santé mentale chez l'adolescent et à l'âge adulte. La moitié des troubles qui perdurent surviennent avant l'âge de 14 ans (Kessler 2005).

- Développer la prévention, le repérage et le premier accueil des adolescents présentant une souffrance psychique, une dépression, des troubles du comportement et permettre une meilleure orientation vers le soin spécialisé.
- Informer les parents de facteurs de risque repérables sans investigation ou nécessitant le recours aux soins spécialisés.
- Poursuivre la formation des professionnels au contact des jeunes au repérage de la crise suicidaire.

- **Prévenir les conduites addictives et à risque.**

Selon les résultats 2014 de l'enquête ESCAPAD auprès des jeunes de 17 ans, la région présente des niveaux d'expérimentation de produits cannabis à 50% vs 47,80 France métropolitaine.

De plus, si la consommation régulière d'alcool caractérise les usages des populations adultes et âgées, la consommation ponctuelle et excessive d'alcool est plutôt la marque de la jeunesse.

De manière générale, le développement du dispositif de soin dans la région doit s'accompagner de différentes mesures facilitant son recours et son adaptation permanente aux besoins.

- Développer la prévention, réduire les conduites addictives et diminuer les consommations excessives chez les jeunes, par des actions adaptées aux lieux et structures de rencontres avec ce public, s'appuyant sur les équipes d'accueil et éducatives sensibilisées à cette approche, dans et hors milieu scolaire.
- Favoriser l'implication de tous les professionnels au contact des jeunes pour le repérage, le conseil et l'orientation auprès des jeunes ayant des usages de drogues illicites ou licites problématiques (excessifs, nocifs,...) dommageables à leur santé, leur formation scolaire, et leur sécurité, risques routiers, au travail,...
- Développer des programmes de prévention de réduction des risques dans les milieux festifs alternatifs et commerciaux.

- **Améliorer le recours aux soins et aux droits des adolescents et des jeunes et améliorer l'accès aux soins des 16/25 ans :** ces éléments sont développés dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

- **Investir dans la promotion en santé sexuelle en direction des jeunes, dans une approche globale et positive.**

Les indicateurs épidémiologiques concernant l'épidémie VIH, les IST et les grossesses non désirées sont très défavorables dans notre région.

- Eduquer les jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes.
- Améliorer l'information en santé sexuelle en utilisant les nouveaux outils de communication.

- Poursuivre la formation des acteurs et des professionnels sur la santé sexuelle ainsi que les thématiques connexes, notamment les violences conjugales, et interconnaissance des offres de formation.
 - Initier ou poursuivre un travail partenarial intersectoriel ou interdisciplinaire.
 - Améliorer la santé reproductive en garantissant l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les hommes et en réduisant les grossesses non prévues et non désirées.
 - Améliorer la couverture vaccinale contre les IST.
- **Apporter une attention particulière au parcours de santé de publics ciblés : enfants et jeunes en situation de ruptures sociales et familiales ; jeunes en insertion professionnelle et étudiants.**
- **Les jeunes suivis sous protection de l'enfance (AEMO, ASE, PJJ...) représentent une population particulièrement touchée par les inégalités sociales et territoriales de santé.**

Echappant davantage au système de prévention et de soins, ils sont plus exposés aux facteurs de vulnérabilité (environnement socio-familial peu protecteur, difficultés socioéconomiques, violences subies, conduites addictives, ...) et sont moins dotés en facteurs de protection de leur santé/bien-être (sécurité familiale et affective, hygiène de vie, rythme, alimentation, ruptures dans les parcours de soins et perte histoire médicale).

- ✓ Poursuivre la démarche partenariale et renforcer les cultures communes avec les institutions chargées de la protection de l'enfance (conseils départementaux et PJJ).
 - ✓ Améliorer le continuum du parcours de santé de ce public.
- **Les jeunes en insertion professionnelle (apprentis, suivi en mission locale, chantiers d'insertion, etc..).**

Les jeunes 16-25 ans en recherche d'insertion sont confrontés à des difficultés de santé, autant en termes de fragilités, de souffrance psychologique et de conditions de vie, que de comportements.

À leurs difficultés d'accès à l'emploi s'ajoutent des difficultés particulières d'accès aux droits et d'accès aux soins.

- ✓ Poursuivre le partenariat avec la DIRECCTE et l'organisation régionale des missions locales.
 - ✓ Développer les actions de prévention et promotion de la santé notamment sur les thématiques : addictions / risques sexuels / nutrition / accès aux soins.
- **Les étudiants**

En PACA, 1 600 000 étudiants sont inscrits en 2013-2014 et accueillis dans vingt sites d'enseignement supérieur dont douze sites ayant une ou plusieurs implantations d'établissements publics.

Une très grande majorité des jeunes se considère d'ailleurs en bonne santé. Cette appréciation globalement bonne de la santé des étudiants ne doit pas faire oublier les pratiques addictives et les comportements à risque. D'autre part, l'hygiène alimentaire et les soins dentaires et d'optique sont parfois délaissés par ce public.

- ✓ Poursuivre le partenariat en mettant en place une convention avec les SIUMPPS.
- ✓ Développer les actions de prévention et promotion de la santé notamment sur les thématiques : addictions / risques sexuels / nutrition / accès aux soins.

Résultats attendus

- Améliorer les environnements ayant un impact sur la santé des enfants et des jeunes
- Améliorer la connaissance de l'état de santé des enfants et des jeunes
- Les acteurs de santé intervenant auprès des enfants et des jeunes (professionnels de santé, éducation nationale, PMI,...) se connaissent et coordonnent leurs interventions
- Les enfants et leurs parents bénéficient d'un programme de développement des compétences psychosociales, des compétences parentales et d'actions d'éducation à la santé. Ils ont acquis des connaissances et des compétences en santé.
- 100% des enfants bénéficient d'un dépistage des troubles aux âges clef de leur développement
- Réduction des délais de diagnostic et de prise en charge des maladies chroniques
- Organiser le relais de la prise en charge des maladies chroniques à l'atteinte de l'âge adulte
- Les professionnels sont formés au repérage et à l'annonce.
- Le transfert d'information entre PMI et Santé scolaire est amélioré.
- Mettre en place un dispositif de coordination des professionnels, type RéPPOP, pouvant s'appuyer sur les réseaux d'appui existants en PACA.
- Fluidifier le parcours des jeunes en souffrance psychique
- Baisse de la consommation des produits psychoactifs.
- 80 % des jeunes ont reçu une éducation de qualité à la sexualité et aux risques liés (IST, grossesses non prévues) au cours de leur cursus en primaire et secondaire.
- Réduire l'indice de grossesses non désirées/non prévues chez les femmes.
- 100% des jeunes sous protection de l'enfance bénéficient d'un parcours en santé.

2.8 Parcours santé et addictions

Contexte

Les addictions avec ou sans substances représentent en Paca comme en France un problème de santé publique majeur aux impacts multiples, pluridimensionnels à la fois sanitaires, économiques, sociaux et humains.

Le périmètre de ce parcours concerne toute la population avec une vigilance particulière en direction des publics dit prioritaires : le public jeune dans son ensemble, les publics sous main de justice, les personnes en situation de précarité, les publics vulnérables (femmes enceintes, femmes isolées, prostitués, migrants, etc.) mais aussi des personnes en situation de handicap, personnes âgées, et personnes présentant des troubles psychiatriques.

La région se caractérise par des consommations supérieures concernant :

- Le tabac : la région Paca se démarque légèrement par un plus fort niveau d'usage chez les adolescents comme chez les adultes et la consommation féminine est en nette progression. Ces niveaux d'usage coïncident avec une mortalité par cancer des bronches, de la trachée et des poumons qui atteint un niveau comparable à celui de la métropole.
- Le cannabis : les consommations sont bien supérieures à celles des autres français aussi bien chez les adolescents que chez les adultes notamment pour l'usage régulier.

Deux indicateurs, à savoir les interpellations pour usage de cannabis et la demande de traitement en CSAPA illustrent cette prévalence. Les CJC de la région PACA se distinguent par l'accueil d'un public plus jeune que la moyenne nationale ; 54 % de mineurs contre 44 % dans le reste de la France.

- Les produits illicites et substances psychoactives autres : s'agissant de tous les produits consommés en milieux festifs, les niveaux d'expérimentation s'avèrent globalement plus élevés chez les jeunes et chez les adultes (+2% pour la cocaïne par rapport au reste de la France) ; le seul produit en retrait étant l'héroïne dont l'usage au cours de la vie est nettement moins fréquent.
- Par ailleurs, la région se différencie également des moyennes nationales par des niveaux bien supérieurs de ventes de Stéribox et de prescriptions de la BHD, la méthadone étant au contraire moins prescrite qu'en moyenne en France. Les usagers de drogues fréquentant les CSAPA sont plus âgés qu'en moyenne, en plus grand nombre en situation de précarité. On peut également noter dans les CSAPA une part particulièrement importante de personnes percevant l'allocation adulte handicapé (AAH).
- Les nouveaux produits de synthèse (NPS), drogues diffusées et vendues directement sur internet. Leur consommation est en augmentation régulière dans le milieu festif. Depuis 2015, il est à noter des demandes de slameurs qui s'adressent à des CAARUD pour chercher du matériel d'injection. Ce constat constitue un signal fort pour intensifier le travail d'«aller vers» et de réduction des risques et dommages chez les consommateurs dont ceux fréquentant les milieux festifs.
- Les jeux d'argent en ligne : pratique identifiée comme supérieure au niveau national, les pratiques des jeux d'argent et de hasard et les cyberaddictions se répandent en PACA.
- Enfin, la région, marquée par de forts contrastes socio-économiques, présente une surreprésentation de deux populations plus fortement concernées par l'usage du cannabis et des drogues en général ; les populations précaires d'une part et les catégories sociales aisées d'autre part.
- En revanche, concernant l'alcool, le niveau d'usage chez les adolescents est inférieur au reste de la métropole alors qu'en population adulte, il se situe dans la moyenne.

		France (%)	PACA (%)	Estimation de la population de PACA concernée
Alcool	Consommation à risque (a); (b)	35,2%	32,3%	1 105 000 personnes entre 18 et 75 ans
	Consommation excessive (b)		10,1%	345 500 personnes entre 18 et 75 ans
	Risque de dépendance (b)		2,0%	68 400 personnes entre 18 et 75 ans
Tabac	Fumeurs occasionnels ou quotidiens (a);(b)	31,6%	32,6%	1 115 000 personnes entre 18 et 75 ans
	Fumeurs quotidiens (a); (b)	27,0%	28,8%	985 000 personnes entre 18 et 75 ans
Cannabis	Usage année (a);(b)	8,4%	8,7%	269 000 personnes entre 15 et 64 ans
	Usage récent (a);(b)	11,7%	11,6%	358 500 personnes entre 15 et 25ans
	Usage régulier (a);(b)	5,2%	5,5%	30 000 personnes entre 15 et 25 ans
Héro	Expérimentation (a); (b)	1,2%	1,3%	38 000 personnes entre 18 et 64 ans
	Usage année (a);(b)	0,2%	0,1%	2 900 personnes entre 18 et 64 ans
Coc	Expérimentation (a); (b)	3,8%	7,0%	204 000 personnes entre 18 et 64 ans
	Usage année (a);(b)	0,9%	1,8%	52 500 personnes entre 18 et 64 ans
MDMA	Expérimentation (a); (b)	4,5%	8,0%	72 400 personnes entre 15 et 30 ans
	Usage année (a);(b)	0,3%	0,6%	18 500 personnes entre 15 et 64 ans
Amphet	Expérimentation (a); (b)	1,7%	2,4%	74 200 personnes entre 15 et 64 ans
	Usage année (a);(b)	0,2%	0,3%	9 300 personnes entre 15 et 64 ans
JAH	Joueurs excessifs (c)	0,4%	non disponible	13 700 personnes entre 18 et 75 ans
	Joueurs à risque modéré (c)	0,9%		3 000 personnes entre 18 et 75 ans

Rappel des définitions des indicateurs

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie.

Usage actuel / Au cours de l'année : Au moins une consommation au cours de l'année. Pour le tabac, il s'agit de personnes déclarant fumer une fois de temps en temps.

Usage récent : Au moins une consommation au cours des trente derniers jours.

Usage hebdomadaire : Au moins une consommation par semaine durant les douze derniers mois.

Usage quotidien : Au moins une fois par jour.

Usage à risque chronique ou de dépendance : Consommation de plus de vingt et un verres par semaine pour les hommes, de plus de quatorze verres par semaine pour les femmes, ou consommation d'au moins six verres en une occasion au moins une fois par semaine.

Usage régulier de cannabis : Usage d'au moins dix fois dans le dernier mois.

Usagers problématiques de drogues : la notion d'usagers problématiques concerne les personnes ayant consommé des drogues illicites ou détournées de leur usage, au moins une fois dans le dernier mois (hors cannabis), par exemple les opiacés, les produits de substitution aux opiacés (TSO), la cocaïne, les amphétamines, les hallucinogènes... et ou ayant eu recours à l'injection intraveineuse au cours du mois.

API : Alcoolisation ponctuelle importante, six verres ou plus en une même occasion, tous les mois
API mensuelle, ou toutes les semaines API hebdomadaire.

Quinze points de difficultés et ou d'obstacles ont été identifiés parmi lesquels il est notamment possible de distinguer :

Des obstacles liés à des difficultés d'organisation :

- Difficultés d'accès aux droits sociaux / accès au logement et l'hébergement (difficultés d'accéder aux dispositifs de droit commun pour les personnes confrontées à des conduites addictives).
- Couverture territoriale insuffisante.
- Constat d'un défaut de fluidité des parcours : articulation, relais avec la médecine de ville et les pharmacies etc.
- Manque de visibilité et de lisibilité de l'organisation, des dispositifs, et des lieux ressources.
- Insuffisance majeure de partenariat, de coordination et de passerelles entre les différentes composantes des dispositifs (volet médico-social, sanitaire, la médecine de ville).
- Manque d'information, de formation des professionnels de premier recours, des professionnels non spécialistes.
- Prégnance des représentations souvent erronées et stigmatisantes sur les addictions.
- Des obstacles pour les usagers impliqués dans des pratiques délictuelles (obligation de soins, suivi judiciaire...).
- Diversification régulière des publics avec la complexification des situations avec comorbidités psychiatriques, somatiques.
- Absence d'un dispositif de veille et de connaissance.
- Insuffisance de prise en compte des pratiques émergentes.

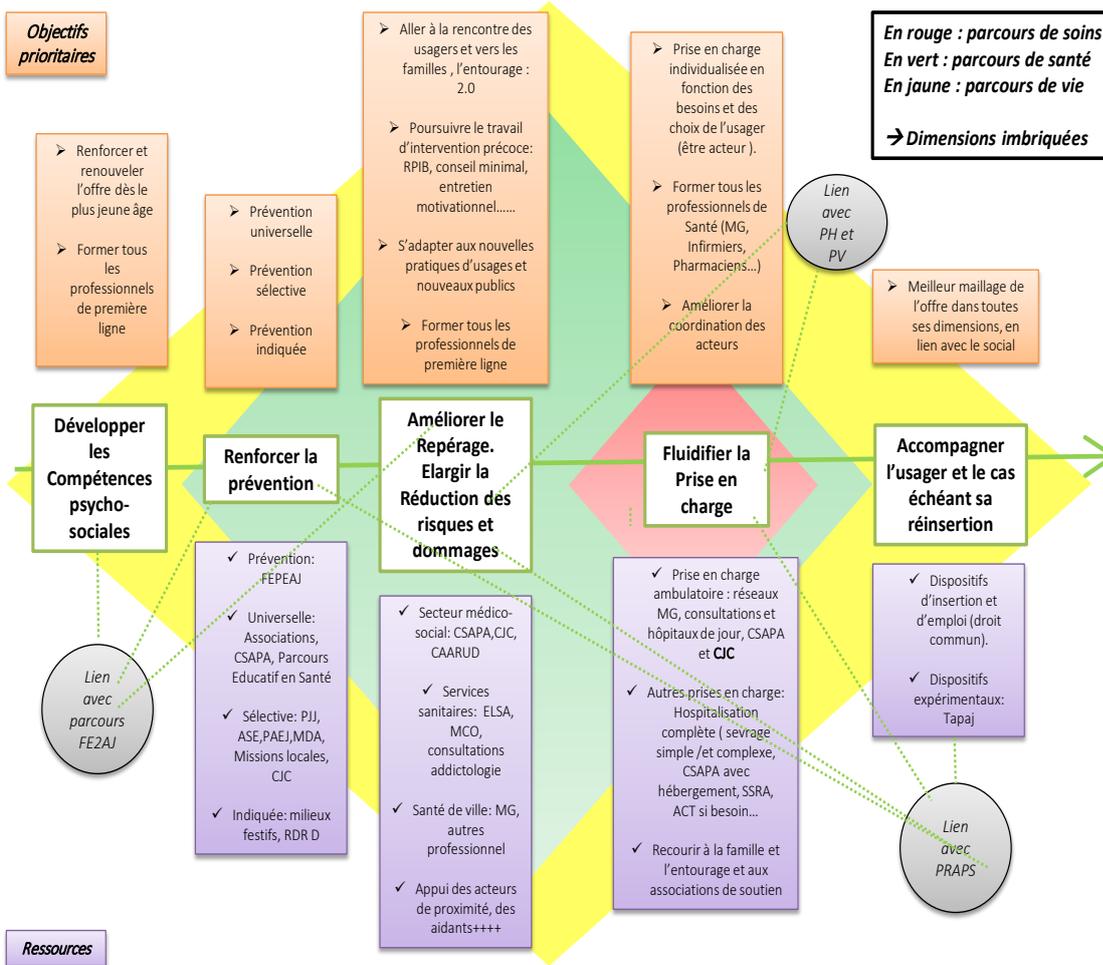
Des obstacles au sein des parcours individuels :

- Ruptures à certains âges charnières tel que le passage à la majorité dans les situations de prise en charge spécifiques de type ASE, PJJ, etc.
- Défaut d'accompagnement pluri et transdisciplinaire adapté à chaque personne, en tenant compte de ses choix et de ses besoins sans pour autant les hiérarchiser ou les cloisonner.
- Difficultés pour les usagers impliqués dans des pratiques délictuelles...
- Difficultés d'accéder aux dispositifs de droit commun (droits sociaux, logement).

Enjeux

La réflexion conduite sur le parcours santé et addictions s'inscrit dans un continuum allant de la prévention, du repérage précoce, de la réduction des risques et des dommages, de l'accès aux soins, de la prise en charge jusqu'à l'accompagnement en insertion.

Pour illustration : Schéma de représentation du Parcours de santé et Addictions.



Concernant la prévention :

Dans dix ans en Région PACA, toute personne aura accès à une offre de prévention structurée, évolutive et adaptée à ses besoins et ses choix. Pour ce faire, il s'agit de :

- Développer la prospective, les capacités d'anticipation et d'adaptation des politiques publiques et des professionnels du champ de l'addictologie et ceux de première ligne.
- Réduire les inégalités d'accès à la prévention (sociales, territoriales...).
- Structurer une prévention insuffisamment dotée, précaire et cloisonnée.

Concernant la réduction des risques et des dommages :

- Promouvoir et positionner la RDR D comme un outil de continuum du parcours de l'utilisateur.
- Porter la mutation des pratiques professionnelles dans tous les domaines du secteur médico-psycho-social, du secteur libéral, hospitalier et associatif et porter la mutation des modalités de réponses et d'accompagnement.
- Mettre en œuvre la RDR D partout, pour tous, tout le temps (développer «l'aller vers», le «hors les murs»...).
- Soutenir et renforcer la place de la personne dans son parcours.

Concernant la prise en charge de proximité : l'évolution des publics, des pratiques, des modalités d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge :

D'ici dix ans, organiser un parcours de soins multiple, coordonné, répondant aux besoins de santé et de vie de tous les patients à des moments différents.

Pour ce faire, les objectifs visés sont :

- D'accompagner la nécessaire évolution de l'offre de soins centrée sur des besoins très différents et adaptée à la complexité des addictions, ainsi qu'à la diversité des personnes et des situations.
- Développer un parcours en addictologie cohérent intégrant des pratiques partenariales, favorisant la communication entre les acteurs, en précisant leurs missions respectives, leurs ressources pluri-professionnelles.
- Développer un parcours en addictologie pérenne sans créer de nouvelles structures, en répondant aux nouvelles pratiques et aux nouveaux publics.
- Rendre l'offre disponible visible et lisible en communiquant.
- Développer et renforcer l'information, la sensibilisation et la formation (initiale et continue), et intégrer le savoir expérientiel des usagers au savoir scientifique, et vice-versa.

Objectifs opérationnels :

Objectif 1 : Améliorer les réponses de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge.

Objectif 2 : Concevoir et développer une offre de formation initiale et continue destinée aux professionnels du champ de l'addictologie et aux acteurs de première ligne non spécialistes.

Objectif 3 : Agir sur les représentations des usages et des usagers et améliorer la visibilité et l'accessibilité aux dispositifs spécialisés.

Objectif 4 : Soutenir une démarche d'innovation en matière de prévention, de RDRD, de prise en charge qui s'appuie sur la veille, la recherche appliquée et l'expérimentation de nouvelles pratiques.

Objectif 1 : Améliorer les réponses de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge

Afin d'éviter les ruptures, il s'agit d'organiser un parcours de soins multiple, coordonné, gradué répondant aux besoins de santé et de vie diversifiés de tous les usagers à des moments différents :

- **Structurer le continuum du parcours et sa gouvernance.**
 - Etablir une cartographie régionale de l'offre en addictologie à destination des professionnels et du public concerné.
 - Se doter d'un système de veille, de connaissance, de recherche afin d'observer et appréhender les nouveaux publics, les nouveaux usages et faire évoluer les modalités d'accueil, d'accompagnement, de prise en charge.
 - Evaluer régulièrement et collectivement les résultats des actions.
 - Organiser une commission de suivi régionale des activités conduites sur l'ensemble du continuum, pouvant «succéder» à la commission régionale addiction.
- **Déployer une offre centrée sur des besoins très différents, adaptée à la complexité des addictions et à la diversité des personnes et des situations.**
 - Développer «l'aller vers», sortir des structures et conduire des actions «hors les murs», articuler les parcours avec les professionnels non spécialisés.
 - Fluidifier les parcours et réduire les délais d'entrée dans les dispositifs, sanitaires, médicosociaux, sociaux (partenariat, coordination, réseaux).
 - Rendre visible et accessible aux usagers et personnes accueillies dans les structures, les groupes d'experts, d'auto-support et les représentants des usagers pour faire émerger leur parole, la valoriser.

- **Développer la RDRD vers des publics nouveaux et préconiser des nouveaux outils de RDRD**
 - Publics insérés, en milieu de travail, en incarcération.
 - Mise à disposition de la Naloxone, Espace de consommation à moindres risques : ECMR, accompagnement sur les lieux de vie.
 - Mise en place de la RDRD alcool, la RDRD à distance, la RDRD tabac, cannabis, la RDRD volet insertion «TAPAJ» (travail alternatif payé à la journée) et logement «un chez soi d'abord» (Housing First).

Objectif 2 : Concevoir et développer une offre de formation initiale et continue destinée aux professionnels du champ de l'addictologie et aux acteurs de première ligne non spécialistes

Pour atteindre cet objectif, il s'agira notamment de mobiliser les ressources nationales (MILDECA) et les compétences régionales institutionnelles (ex : formation initiale des travailleurs sanitaires et sociaux). La mise en place de modules de formation, notamment à distance (type e-learning), pourra faciliter la diffusion d'une culture commune et de nouvelles pratiques.

- **Pour les acteurs des dispositifs spécialisés des champs sanitaires et médicosociaux.**
 - Diffuser des éléments de culture commune fondés sur des programmes validés, des référentiels, des guides méthodologiques, des outils, intégrant une approche expérientielle et l'expertise des usagers.
 - Former les équipes accompagnant les publics en réduction des risques et des dommages, en CAARUD, en CSAPA, dans les ELSA, dans les consultations hospitalières d'addictologie (HDJ, services d'addictologies, SSR, etc.).
 - Diffuser la culture de la RDRD et lui octroyer sa place dans les soins en addictologie en la programmant dans les formations initiales et continues.
 - Créer des espaces de réflexion et de partage entre les structures et favoriser les échanges de pratiques professionnelles (EPP) y compris à distance.
- **Pour les acteurs non spécialistes (professionnels de première ligne) de tous les champs.**
 - Organiser des formations apportant un socle minimum de connaissances afin de repérer et d'orienter efficacement (RPIB, entretien motivationnel, développement des compétences).
 - Promouvoir la culture RDRD dans le champ social, sanitaire et judiciaire, avec une priorité donnée aux territoires à moindre accès à la RDRD.

Objectif 3 : Agir sur les représentations des usages et des usagers et améliorer la visibilité et l'accessibilité aux dispositifs spécialisés

- **Elaborer une stratégie de communication vers les publics :**
 - Faire connaître les offres des dispositifs spécialisés en matière de prévention, RDRD, de prise en charge et «les portes d'entrées» des acteurs locaux impliqués dans l'accueil du public (professionnels de première ligne).
 - Communiquer sur la place réservée à l'accueil de la famille et de l'entourage et informer largement les intéressés par une communication spécifique (lieux d'échanges, associations d'auto-support, groupe de parole...).
 - Diversifier les supports par types de risques et par territoires.

- **Elaborer une stratégie de communication vers les professionnels :**

- Agir sur les représentations sociales des professionnels, du public concerné, et du grand public sur l'addictologie et les dispositifs.
- Développer des actions ponctuelles d'information, de sensibilisation, qui prennent la forme d'événements, de manifestations (à destination des riverains, police, commerçants, élus, Conseils de quartiers).
- Développer une dynamique de communication interprofessionnelle permettant d'améliorer la visibilité, lisibilité, des services et des prestations.
- Promouvoir l'utilisation de l'ensemble des sites internet spécialisés dédiés à la diffusion des ressources disponibles (exemple du site national destiné aux professionnels : <https://intervenir-addictions.fr>).
- Conduire une réflexion sur la pertinence d'une plateforme de coordination (en lien avec les plateformes territoriales d'appui par exemple).

Objectif 4 : Soutenir une démarche d'innovation en matière de prévention, de RDRD, de prise en charge qui s'appuie sur la veille, la recherche appliquée, et l'expérimentation de nouvelles pratiques

- **Se doter d'un dispositif de veille partagé et d'accès aux ressources documentaires** appuyé sur une application de terrain, de recherche et d'alerte, et développer un cadre de recherche, et d'expérimentation de projets innovants et transférables.

- Utiliser les nouveaux référentiels actualisés et les nouveaux outils de RDRD dans une démarche d'innovation.
- S'appuyer sur la recherche en santé publique, en sociologie et également sur les neurosciences, sur l'industrie pharmaceutique, ou sur les thérapies alternatives non médicamenteuses.
- Appliquer ce cadre dans les appels à projets «Actions Innovantes», appels à candidatures.
- Veiller au suivi et à la transférabilité des actions probantes et à leur pérennisation.
- Améliorer l'addictovigilance en lien avec le portail des vigilances (PASCUAL), l'ANSM, le CEIP.

- **Intégrer la prise en compte des nouvelles addictions en proposant une prise en charge adaptée.**

- Répondre à des besoins nouveaux mal connus ou mal pris en compte (Chemsex, drogues au travail, les usages sans produits, les jeux, la douleur).
- Explorer les partenariats et développer leurs nouvelles possibilités (Ex : expertise et actions de prévention des CSAPA, expertise des associations d'accès aux soins des personnes sans abri, expertise territoriale des secteurs de psychiatrie.....).

Résultats attendus

- Augmentation quantitative et qualitative des offres de services de proximité, d'aller vers et réduction des délais d'entrée dans les dispositifs
- Les usagers participent au fonctionnement des dispositifs dédiés. Leur savoir expérientiel est reconnu et utilisé.
- Les professionnels des dispositifs spécialisés et les professionnels non spécialistes ont acquis, consolidé et partagé des compétences dans le domaine des addictions
- Les publics cibles et leur entourage connaissent les dispositifs spécialisés existants sur leur territoire. Les réseaux sociaux numériques, les sites spécialisés et les sites grands publics facilitent l'accès aux services de prévention, de prise en charge, et de réduction des risques et des dommages.

- Les nouvelles addictions et les nouveaux publics sont identifiés et des prises en charge adaptées sont proposées.



Partie III :

Organiser la santé au niveau des territoires

- **1- Santé Environnementale.**
- **2- Veille, Sécurité Sanitaire et Situations Sanitaires Exceptionnelles.**
- **3- Organiser l'offre de soins à proximité**
- **4- Structurer les filières et le recours aux plateaux techniques**

Partie III : Organiser la santé au niveau des territoires

3.1 Santé environnementale

Contexte

La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 inscrit pour la première fois le concept d'Exposome¹⁸ comme un prisme autour duquel doivent s'articuler l'ensemble des impacts liés à l'exposition à des agents environnementaux ayant des effets néfastes sur la santé (biologique, physiques ou chimiques), tout au long de notre vie, et par toutes les voies d'exposition. Ce concept intégrateur de l'influence du cadre de vie sur notre santé révolutionne les approches sectorisées que nous avons de notre santé en prenant en compte l'ensemble des facteurs.

Le Schéma Régional de Santé prend sa place dans un ensemble de stratégies ayant un impact en faveur de la santé, impliquant différentes autorités publiques. Afin de garantir la transversalité, cohérence, coordination des réponses en matière de prévention et de prise en charges, le schéma régional de santé prend notamment en compte les actions conduites au titre du Plan Régional Santé Environnement de troisième génération (PRSE3) et veille à la cohérence de ce plan avec les contrats locaux de santé (CLS) et les volets santé des agendas 21 développés par les collectivités territoriales.

- Augmentation de la part de l'environnement dans la santé
- Part de la mortalité et de la morbidité liée aux déterminants environnementaux. OMS : près d'1/4 de la mortalité a des causes environnementales évitables – expositions professionnelles comprises – Mars 2016.
- Stratégie nationale de santé : 80% des inégalités de santé sont attribuables à des facteurs sociaux et environnementaux.
- Coût économique des atteintes à la santé liées à l'environnement (qualité de l'air : rapport sénat 2016 : 100 milliards d'euros/an – 48.000 morts).
- Effets Cocktails : plusieurs polluants, par plusieurs voies d'exposition (inhalation, ingestion, contact – ex : pesticides). En effet, le nombre de substances auxquelles les populations sont exposées ont fortement évolué avec le développement de l'industrie chimique et agro-alimentaire (pesticides, additifs alimentaires, cosmétiques etc...) avec peu de recul sur les effets indirects des substances employées.
- Augmentation des troubles de la reproduction et effets transgénérationnels attribués à l'exposition aux perturbateurs endocriniens : distilbène / bisphénol (malformations urogénitales du petit garçon – hypospadias, cryptorchidie, cancer du testicule, puberté précoce de la petite fille...). Vulnérabilité accrue pendant la fenêtre d'exposition de la grossesse : une exposition de courte durée in utero programmera la survenue d'effets au moment de la puberté ou de l'âge adulte. Ces effets sont vraisemblablement amenés à s'aggraver en raison de l'exposition de la population aux perturbateurs endocriniens (pesticides).

¹⁸ Art. L. 1411-1. Définition de la politique de santé, qui comprend : « la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine »

Enjeux

Réduire les inégalités environnementales de santé liées aux déterminants de santé.

- Cibler les lieux de vie concentrant les inégalités (Centres anciens où l'habitat est dégradé/Zones d'habitation à proximité des zones agricoles utilisant des pesticides/Territoires Alpains pour la qualité bactériologique de l'eau/Métropoles pour la qualité de l'air...).
- Mettre en place une offre adaptée aux territoires sensibles, notamment les zones d'implantation d'importantes industries.
- Eviter les situations de crise locales de type : actions citoyennes (Class Actions aux USA) face aux risques environnementaux.

Créer des environnements favorables à la santé.

Généraliser l'implication des professionnels de santé sur les pathologies d'origine environnementales et adapter notre système de santé aux enjeux environnementaux.

Informers les habitants et diffuser les bonnes pratiques pour inciter à des choix favorables à la santé :

- Surveiller la progression des maladies émergentes (maladies vectorielles, pathologies hormono-dépendantes, maladies métaboliques).
- Faire émerger une fonction sentinelle chez les professionnels de santé.
- Améliorer le repérage/diagnostic, en particulier sur les pathologies influencées par les déterminants environnementaux : quartiers défavorisés pour le saturnisme, zones industrielles pour les pathologies respiratoires et cancers.
- Développer une approche intégrant les facteurs de risques environnementaux pour toutes les consultations à destination de publics vulnérables ou sensibles aux facteurs de risques environnementaux (consultations professionnelles à élargir aux facteurs environnementaux, consultations prénatales, consultations dans le cadre de l'après-cancer ou de pathologies respiratoires chroniques).

Généraliser une approche systémique de prise en compte dans les politiques publiques des déterminants de santé dans politiques publiques :

- Mobiliser les collectivités pour qu'elles intègrent les enjeux de santé liés aux déterminants environnementaux dans leurs politiques locales de santé ou environnement.
- Convaincre et peser sur les acteurs institutionnels des autres politiques publiques sectorielles pour qu'elles intègrent les enjeux de santé comme critère de choix, par exemple dans les choix de transports

Anticiper l'arrivée des nouvelles technologies : micro-capteurs, résultats de la qualité de l'environnement sur les smartphone.

Renforcer la capacité des administrations à prendre en compte et traiter ces données, en faire des outils de montée en compétence des citoyens comme acteurs de leur santé.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Territorialiser les politiques régionales dans le domaine de la santé environnement.

Objectif 2 : Surveiller l'impact sanitaire des facteurs de risques environnementaux.

Objectif 3 : Adapter le système de santé aux enjeux environnementaux.

Objectif 4 : Former et informer les professionnels de santé en santé environnement.

Objectif 5 : Permettre l'accès du grand public à une information de qualité, validée scientifiquement.

Objectif 6 : Soutenir le développement de nouveaux outils multimédia au service de la promotion, de l'éducation et de la prévention en santé environnementale.

Objectif 1 : Territorialiser les politiques régionales dans le domaine de la santé environnement

Une approche transversale est nécessaire tant les déterminants agissant sur la santé sont multiples et relèvent de toutes les politiques publiques (emploi, logement, transport, environnement, sport...).

- **Mobiliser toutes les compétences des collectivités territoriales, notamment par les contrats locaux de santé.**
 - Pour mieux adapter les politiques de santé aux territoires, particulièrement pour les situations infra communales.
 - En donnant la priorité aux zones géographiques qui cumulent des indicateurs sociaux, environnementaux et sanitaires défavorables.
 - En déployant une formation dédiée par le CNFPT auprès des élus locaux ou par e-learning.
 - En attribuant des prix et bourses de recherche.

Résultats attendus

- Emergence de programmes territoriaux santé environnement (PTSE) portés par des collectivités territoriales dans le cadre du PRSE3.
- Inciter selon le cas à la réalisation d'EIS (Etudes des bénéfiques en santé) pour accompagner l'élaboration des plans/projets locaux et éclairer les choix des collectivités locales sur les enjeux de santé associés (PLU ; opérations de rénovation urbaine ; plans transport ; plan de protection de la qualité de l'air).
- Ajout d'un volet santé aux plans climat air énergie des territoires (PCAET) des villes les plus polluées sur le plan atmosphérique.
- Elus locaux formés à la santé environnement.
- Développer des voies de mobilité active pour les vélos et la marche à pied.
- Imposer la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans les écoles et les mesures correctives.

Objectif 2 : Surveiller l'impact sanitaire des facteurs de risques environnementaux

Les attentes sociales sont fortes dans le domaine des risques sanitaires liés à l'environnement et nos systèmes d'observation peinent à révéler les impacts des expositions environnementales sur la santé. De nouvelles approches ont été récemment développées sur certaines expositions et méritent d'être généralisées à d'autres expositions environnementales.

- **Compléter le système de surveillance de la santé des populations sur le champ environnemental :**
 - Par des enquêtes auprès des professionnels de santé et de la population (Baromètres...)
 - Par des études épidémiologiques (hospitalisations, imprégnation...) et la collecte des données de laboratoires.
 - Par le dépistage et le signalement des pathologies liées à l'environnement (systèmes de signalements d'évènement indésirables).
 - Par la mise en place de registres locaux sur les zones les plus impactées.
 - Par le développement de consultations spécifiques aux risques environnementaux (consultations pré-conceptionnelles ou mère/enfant).

Résultats attendus

- Développer des marqueurs précoces des expositions environnementales.
- Renforcement des plateformes de recherche interventionnelles et de leur articulation avec la prise en charge des couples infertiles, des grossesses à risque.
- Création de réseaux sentinelles de médecins situés dans des zones fortement impactées sur le plan environnemental.
- Renforcement de la surveillance épidémiologique sur les zones de fortes inégalités de santé liées à l'environnement : observatoires locaux, études locales
- Expérimentation locale de l'instauration d'un nouveau type de signalement pour les professionnels de santé «pathologie probablement en lien avec une exposition environnementale».

Objectif 3 : Adapter le système de santé aux enjeux environnementaux

La part grandissante de pathologies induites/aggravées par des facteurs environnementaux rend nécessaire l'adaptation du système de santé pour les prendre en compte. Le changement climatique fait apparaître de nouveaux enjeux dans les territoires de la région PACA, notamment l'apparition de pathologies infectieuses qui jusqu'à présent étaient circonscrites aux zones tropicales : les arboviroses en particulier ou bien l'implantation généralisées d'espèces végétales invasives allergisantes : l'ambroisie aujourd'hui quasi ubiquitaire. Ceci rend nécessaire l'adaptation du système de santé dans tous ses champs.

- **Accompagner l'adaptation structurelle des établissements aux enjeux environnementaux et sociétaux**
 - Diminuer l'empreinte environnementale des établissements de santé et médico-sociaux (indicateurs CPOM).
 - Renforcer la résilience des établissements dans les situations exceptionnelles (sécurisation de l'approvisionnement en eau, prévention des risques inondations, sécurisation des filières d'élimination des DASRI).
- **Adapter l'offre de santé de proximité aux spécificités environnementales des territoires.**
 - Adapter l'offre de santé sur les zones de fortes inégalités de santé présentant des vulnérabilités environnementales spécifiques (forte industrialisation, présence d'espèces allergisantes comme l'ambroisie, mauvaise qualité bactériologique de l'eau, dégradation de l'habitat...).
 - Adapter les consultations autour des populations les plus vulnérables aux déterminants environnementaux, et en particulier pendant la période périnatale et la petite enfance.
 - Prodiguer des recommandations permettant de réduire/supprimer des facteurs de risques environnementaux, notamment après le diagnostic d'une pathologie respiratoire, pour les patients en rémission (exemple : intervention des conseillères habitat santé (CHS) / conseillères en environnement intérieur (CEI) au moment du diagnostic d'une maladie respiratoire prise en charge par les caisses d'assurance maladie).
 - Mettre en place des modules d'éducation thérapeutique «santé environnement» pour les professionnels de santé et patients sur une liste de pathologies ayant un lien confirmé avec des facteurs de risques environnementaux (allergies, insuffisances respiratoires, BPCO, certains cancers...).

Résultats attendus

- Renforcement à long terme des consultations médicales élargies à la «santé environnement» sur la région PACA : environnement et précarité (PASS mère-enfant)/environnement et risque professionnel (Consultations du risque)/environnement et périnatalité (Consultations pré-conceptionnelles).
- Généraliser l'intervention des CHS et des CEI à toute la région PACA en promouvant la réalisation de visites auprès des médecins et en structurant leur activité.
- Généraliser une approche de développement durable et les bilans environnementaux des établissements de santé.
- Systématiser la contribution des établissements à la plateforme régionale CREER.
- Expérimenter la mise en place en partenariat avec l'assurance maladie d'une tarification des actes de prévention santé environnement.

Objectif 4 : Former et informer les professionnels à la dimension environnementale

La formation et l'information des professionnels sur l'impact des déterminants environnementaux de notre santé est un levier majeur pour une meilleure prise en compte des facteurs de risques environnementaux évitables. Les données du baromètre santé environnement 2017 montrent que très majoritairement (81%), le public fait confiance à son médecin, puis aux scientifiques (79%) pour obtenir des informations fiables sur l'impact de l'environnement sur sa santé.

- **Fournir une information homogène et renforcer la formation initiale et continue.**
 - Généraliser dans le DPC une formation «cancers et environnement».
 - Généraliser sur les deux grands pôles universitaires de Marseille et de Nice dans les formations initiales des médecins en troisième année, un enseignement intégré au cursus diplômant de quinze jours sur la santé environnement.
 - Développer des formations universitaires diplômantes (CEU) pour les professionnels de santé spécifiques aux déterminants environnementaux.
 - Proposer des Webinaires sur la période périnatale à destination des professionnels de la périnatalité et de la petite enfance.
 - Mener une enquête sur le degré d'amélioration des connaissances des professionnels de santé à réaliser pour mesurer l'efficacité des formations proposées, à reconduire sur 5 ans pour mesurer les tendances (ORS/SESTIM).

Résultats attendus

- Généraliser l'information des femmes sur les risques liés à l'environnement au moment des consultations prénatales.
- Rendre obligatoire et diplômant les modules santé environnement dispensés aux étudiants en médecine.
- 100% des professionnels de santé et patients informés au moment du diagnostic d'asthme de la possibilité de faire appel à des CEI/CHS.

Objectif 5 : Permettre l'accès du grand public à une information de qualité, validée scientifiquement

- **Garantir la qualité de l'information diffusée auprès des citoyens.**
 - Etablir et actualiser le référencement des sites de qualité, les faire connaître au grand public.

- Actualiser régulièrement les informations des outils en ligne santé environnement portés par nos partenaires, ORS et CRES (Sirsé - annuelle et Le filin - quotidienne).
 - Communiquer régulièrement au grand public sur les actions initiées par les pouvoirs publics pour le protéger de ces risques.
- **Promouvoir les changements de comportements favorables à la santé de chacun.**
- Diffuser les bonnes pratiques (aération quotidienne du logement, utilisation de biberons en verre, sites d'information prévisionnelle sur les pics polliniques...).
 - Réactualiser tous les cinq ans le Baromètre santé environnement afin de mesurer l'évolution des représentations et des préoccupations de la population.

Résultats attendus

- Identification et formation des personnes relais : professionnels de santé, de l'éducation, de l'environnement, du social.
- Généralisation de l'inclusion de sujets santé environnement dans le parcours éducatif à la santé en lien avec l'éducation nationale par convention pluriannuelle.

Objectif 6 : Soutenir le développement de nouveaux outils multimédia au service de la promotion, de l'éducation et de la prévention en santé environnemental

L'utilisation des nouvelles technologies permet aux patients et aux professionnels de santé de mieux s'informer et sont des leviers qui peuvent être mis à profit pour de la formation. La constitution et l'animation de groupes autour de la santé environnement (Social club) sur les réseaux sociaux permet la mise en réseau d'une large palette d'acteurs et facilite la prise de contact en vue du montage des actions locales et une circulation des informations, évènements en lien avec cette thématique.

- **Promouvoir l'empowerment, tout en réduisant les fractures sociales et numériques.**
 - Faire une veille des applications smartphone permettant de consulter des sites d'information fiables sur la qualité de l'environnement de proximité : qualité de l'eau potable, eaux de baignades, qualité de l'air.
 - Contribuer aux projets de création de plateformes numériques collaboratives pour favoriser l'expression des citoyens sur les sujets santé environnement.
 - Rendre plus accessible l'information à destination des publics vulnérables accueillis dans les établissements de santé : vidéos sur écrans d'accueil et dans les salles d'attente des consultations.
 - Instaurer des rendez-vous mensuel santé environnement sous forme d'un Webinaire thématique dans le cadre du PRSE3.
- **Anticiper la venue de nouvelles technologies, génératrices d'attentes vis-à-vis du monde de la santé en matière de soins mais également de prévention.**
 - En s'appuyant sur la prochaine mise sur le marché de microcapteurs (qualité de l'air) et de tests individuels (marqueurs biologiques d'exposition aux facteurs environnementaux : perturbateurs endocriniens, métaux lourds...) qui influenceront la prise de conscience de l'impact de l'environnement sur la santé.
 - En accompagnant le développement des Big-Data en santé pour améliorer la connaissance, la surveillance et le dépistage de pathologies liées à l'environnement.

3.2 Veille, Sécurité Sanitaire et situations sanitaires exceptionnelles

Enjeux

Les changements profonds actuels observés dans le monde entier tels que l'urbanisation rapide, le réchauffement climatique, la mondialisation des échanges ont des conséquences sur notre quotidien avec l'émergence de nouveaux risques. Ces risques sont à la fois sanitaires (apparition de nouvelles maladies comme par exemple les fièvres hémorragiques d'origine virale, Mers Cov ou encore les arboviroses), environnementaux (telle que l'exposition quotidienne à des agents chimiques, aux particules fines...) et alimentaires (telle que la contamination bactérienne de produits alimentaires produits à grande échelle).

Cette exposition aux risques n'épargne pas notre région dans la mesure où elle est particulièrement impactée par la mobilité des populations ayant une forte attractivité touristique, les deux aéroports internationaux de Marseille et Nice ainsi que les ports facilitant les mouvements de population.

En complément des risques naturels, industriels, technologiques, depuis 2015, le risque d'attentat a amené les acteurs de la santé à envisager de nouveaux scénarii dans la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles (attentat impliquant de nombreuses victimes, présentant des blessures par balle, sur plusieurs sites simultanément...).

Dans le même temps, les mentalités ont évolué, la population est plus exigeante en termes de niveau d'information et moins tolérante à la notion de risques.

Les grands axes stratégiques pour les prochaines années sont de :

- Améliorer la sécurité des patients.
- Renforcer la protection vaccinale de la population.
- Renforcer la prévention des maladies vectorielles.
- Lutter contre l'antibiorésistance.
- Préparer le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Améliorer la sécurité sanitaire des patients.

Objectif 2 : Renforcer la protection vaccinale au niveau régional.

Objectif 3 : Renforcer la prévention des maladies vectorielles.

Objectif 4 : Lutter contre l'antibio-résistance.

Objectif 5 : Préparer le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

Objectif 1 : Améliorer la sécurité sanitaire des patients

- Développer les capacités de traitement des signaux reçus par l'ARS en intégrant les signaux issus des vigilances sanitaires, des phénomènes émergents et la gestion des risques dans l'offre de soins médico-sociale.
- Renforcer la qualité du traitement des signaux sanitaires par la mise en place de procédures validées à l'échelle régionale et la formation de personnel dédié.
- Impliquer les patients dans leur sécurité.
- Mieux coordonner et améliorer l'organisation régionale de la sécurité sanitaire avec un réseau.
- Formaliser l'articulation de l'ARS avec les partenaires (Santé Publique France, URPS, DRAAF, DREAL, DIRECCTE, DDPP, conseils généraux, mairies, ordres professionnels, associations, Structures régionales de vigilances et d'appui).
- Développer la communication autour des missions de veille et de sécurité sanitaire.
- Développer un partenariat spécifique entre l'IHU «Méditerranée infection» et l'ARS PACA afin de développer une culture commune autour de la détection précoce et de la prise en charge

des maladies émergentes. Etudier la faisabilité d'installation de «diagnostic POC» (point of care – au chevet du patient) en médecine libérale dans des zones isolées.

- Systématiser les retours d'expérience et les actions correctrices.

Résultats attendus

- Amélioration de la gestion des risques sanitaires, environnementaux et alimentaires.
- Augmentation des signalements par les professionnels de santé dans le portail national des signalements.
- Mobilisation des particuliers à participer à la sécurité sanitaire en utilisant le portail des EIG et EIGS.
- Amélioration de la prise en charge de patients atteints d'agents pathogènes émergents.
- Amélioration de la qualité de traitement des signaux sanitaires au niveau régional.
- Mise en place et suivi des actions correctrices.

Objectif 2 : Renforcer la protection vaccinale au niveau régional

La vaccination permet à chacun de se protéger individuellement des maladies infectieuses graves et de protéger son entourage, notamment les personnes les plus fragiles (nourrissons, femmes enceintes, personnes immunodéprimées, personnes âgées).

L'adhésion à la vaccination de la population de la région PACA est inférieure à celle des autres régions ; la couverture vaccinale (Rougeole, Oreillons, Rubéole) s'élève à 64,4% en PACA contre 67,2% pour la France en 2011. Il demeure des disparités régionales et la couverture vaccinale pour certains vaccins reste insuffisante pour assurer une immunité de groupe.

La stratégie nationale de santé 2018-2023 comporte ainsi les priorités suivantes :

- Améliorer l'information des professionnels de santé et du public sur les vaccins
- Accompagner l'extension des obligations vaccinales à 11 vaccins (ajout de 8 valences supplémentaires protégeant contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type B, infection invasive contre le méningocoque C, infection à pneumocoque et hépatite B en complément des 3 vaccins obligatoires jusque-là-diphthérie, tétanos et poliomyélite) ;
- Améliorer l'accessibilité et sécuriser l'approvisionnement en vaccins ;
- Renforcer la protection vaccinale contre la grippe des personnes à haut risque ;
- Renforcer la protection vaccinale des professionnels de santé.

L'ARS PACA mettra en œuvre les actions suivantes pour décliner les orientations nationales :

- Assurer la mise en œuvre des nouvelles obligations vaccinales, en impliquant l'ensemble des acteurs de santé et partenaires concernés.
- Optimiser la vaccination en proposant la vaccination dans les lieux de vie.
- Structurer le parcours vaccinal des personnes avec la médecine libérale et impliquer l'ensemble des professionnels de santé habilités à vacciner en associant les URPS et les Ordres.
- Favoriser des campagnes de vaccination spécifiques sur une population, un territoire, une valence.
- Promouvoir l'accès aux connaissances sur la prévention vaccinale pour les professionnels de santé.
- Communiquer vers le grand public sur l'intérêt de la vaccination dans la lutte contre les maladies à prévention vaccinale.
- Renforcer le respect des nouvelles recommandations vaccinales dans les écoles, crèches et centre de vacances.
- Surveiller l'évolution de la couverture vaccinale.

Résultats attendus

- Facilitation de l'accès à la vaccination et progression de l'utilisation du carnet de vaccination électronique.
- Amélioration de la couverture vaccinale des professionnels de santé et des personnes à risque.
- Application des changements de la réglementation en termes d'obligation de vaccination.

Objectif 3 : Renforcer la prévention des maladies vectorielles

L'endémicité de la dengue dans de nombreux pays et territoires, et l'émergence du chikungunya en 2005 dans les îles de l'Océan indien et en 2013-2014 dans la zone Amérique, tout comme celle du zika depuis 2015 en Amérique du Sud, témoignent d'une capacité très importante d'implantation de ces maladies, dès lors que le moustique qui les transmet (appelé vecteur) est présent et que la population n'est pas immunisée.

Ces maladies sont transmises à l'homme par les moustiques du genre *Aedes* qui se concentrent dans les zones urbanisées. Leur symptomatologie pénible et souvent très invalidante se traduit par des douleurs articulaires pouvant durer plusieurs mois dans le cas du chikungunya. Aucun vaccin ni traitement curatif spécifique ne sont aujourd'hui disponibles ni pour le chikungunya ni pour le zika. Des cas de complication médicale ont été rapportés et quelques décès leur sont imputables.

Aujourd'hui, l'ensemble des départements de la région PACA est colonisé par le vecteur *Aedes albopictus* et classé au niveau 1 du plan de lutte contre les arboviroses.

Le risque d'extension du chikungunya, de la dengue et du zika, à partir de cas importés de ces maladies en métropole est réel et la région PACA est une des régions les plus touchées en métropole avec plus de 30% des cas importés signalés en France issus de notre région.

Ces éléments justifient que des mesures de prévention soient prises.

Le préfet définit les zones de lutte contre les moustiques et les modalités de cette lutte. Les Conseils départementaux les mettent en œuvre. En région Paca, la compétence de l'Etat a été déléguée à l'ARS via les protocoles départementaux.

La lutte anti vectorielle fait partie des dépenses obligatoires des Conseils départementaux et des communes. Il revient aux Conseils départementaux de prévoir le budget de cette lutte et sa répartition entre le budget départemental et les budgets communaux.

Depuis 2015, l'élaboration des arrêtés préfectoraux départementaux de lutte contre les arboviroses est coordonnée par l'ARS et le dispositif a été harmonisé pour tous les départements.

Les foyers épidémiques identifiés en 2017 ont montré que la menace sur le territoire métropolitain de départ épidémique est bien réelle mais peut être rapidement circonscrite pour peu que les moyens mis en œuvre soient bien dimensionnés. Le maintien des capacités d'intervention de l'opérateur public de démoustication présent sur le territoire régional, « Entente interdépartementale méditerranéenne » (EID), est un des facteurs déterminant une bonne mise en œuvre du dispositif et de l'anticipation d'une situation de crise épidémique.

Les axes principaux de travail à venir sur cet objectif sont les suivants :

- Garantir la mise en œuvre annuelle des plans de lutte contre les arboviroses sur les départements en lien avec les conseils départementaux et leur opérateur public de démoustication.
- Maintenir une surveillance renforcée des cas suspects signalés sur les territoires.

- Maintenir les capacités d'intervention des opérateurs de lutte anti-vectorielle sur l'ensemble des territoires de la région PACA (financement par les conseils départementaux).
- Développer la mobilisation sociale auprès des populations pour lutter activement contre les gîtes domiciliaires et l'inciter à se protéger.
- Veiller à la bonne mise en œuvre des obligations du RSI sur les points d'entrée en matière de plan de surveillance des vecteurs.

Résultats attendus

- Coordonner l'élaboration annuelle des plans de lutte départementaux contre les maladies vectorielles.
- Maintien des budgets alloués à surveillance des vecteurs et à la lutte anti-vectorielle sur l'ensemble des territoires de PACA afin de s'assurer du maintien des moyens nécessaires à lutter contre les foyers épidémiques.
- Poursuite du dispositif de veille et de sécurité sanitaire de surveillance renforcée pendant la période d'activité du vecteur et le rattrapage des résultats issus des laboratoires.
- Campagne annuelle de mobilisation sociale (ARS/EID/Collectivités territoriales).
- Mise en place du plan de surveillance des vecteurs au niveau des 3 PET de PACA (aéroport de NICE, Aéroport et port de Marseille).

Objectif 4 : Lutter contre l'antibio-résistance

Ce sujet fait l'objet de mesures spécifiques dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé (CAQES).

Le Haut Conseil de la santé publique 2017 dans sa contribution à la stratégie nationale de Santé préconise de développer massivement la prévention. En matière de lutte contre l'antibio-résistance, il convient de changer les pratiques afin d'éviter des situations d'impasse thérapeutique :

- Diminuer la consommation d'antibiotiques afin de tendre vers le niveau de consommation européen, la France ayant une consommation de 30% supérieure du niveau de l'Europe.
- Performer la prescription : action CPAM + ARS.
- Développer les tests d'orientation diagnostic rapide (TROD) pour diminuer la prescription d'antibiotiques mal ciblés.
- Développer de nouveaux produits et alternatives en médecine humaine et animale.
- Mettre en place d'une réponse téléphonique de conseil en antibiothérapie 24H/24 et analyser son activité.
- Poursuivre la création d'équipes mobiles d'hygiène rattachées à des établissements de santé et apportant leur expertise aux établissements de leur secteur qui ont passés convention.
- Structuration l'expertise en hygiène en réseau dans les départements n'en disposant pas encore.
- Vérifier qu'au terme du PRS tous les établissements de santé de court séjour seront en capacité d'analyser leurs résistances au regard de leur consommation d'antibiotiques.

L'émergence des résistances bactériennes est en effet forte progression. La conséquence est une augmentation des journées d'hospitalisation pour la prise en charge des malades souffrant de ces infections résistantes.

Un niveau de consommation antibiotique inquiétant et non maîtrisé est à l'origine de l'antibio-résistance. L'usage d'antibiotiques dans l'élevage animal est fortement responsable. Le rapport de l'ANSM de novembre 2016 relatif à la consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France fait apparaître que la région PACA se situe parmi les régions où la consommation en antibiotiques en ville (30-32 doses/1000 habitants par jour) et en secteur hospitalier est la plus importante.

Ainsi, la démarche d'analyse des consommations d'antibiotiques et des résistances microbiologiques s'intègre dans les politiques de bon usage des antibiotiques et de maîtrise de la résistance bactérienne qui sont évaluées dans les établissements de santé notamment à travers le recueil annuel des indicateurs ICA-BMR et ICATB (arrêté du 6 janvier 2012 relatif aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins)

L'ARS en coordination avec les services de l'assurance maladie se donne ainsi comme objectifs de :

- Mobiliser l'ensemble des professionnels.
- Garantir une mise en œuvre effective du conseil en antibiothérapie.
- Mettre en place les actions prioritaires en lien avec les actions de lutte contre les infections associées aux soins.
- Développer le partage d'expérience.
- Garantir une information et une implication du patient sur l'usage raisonné des antibiotiques.

Pour cela, l'ARS a une mission d'animation dans le cadre du réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA) notamment avec l'OMEDIT et le Centre de prévention des infections associées aux soins PACA (CPias) ; cette animation est un objectif opérationnel majeur et s'inscrit dans la nouvelle organisation consécutive à la récente réforme des vigilances.

Résultats attendus

- Amélioration des pratiques dans l'utilisation des antibiotiques
- Réduction de la consommation d'antibiotiques
- Implication des patients dans la politique de l'utilisation raisonnée des antibiotiques

Objectif 5 : Préparer le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles

Cette préparation s'appuie sur différents leviers :

- Un dispositif opérationnel d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles dit «ORSAN» qui a vocation à adapter les parcours de soins des patients et à déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse monter en puissance lors de tous types d'événements. Il doit être articulé avec le dispositif «ORSEC» préfectoral.
- Des infrastructures opérationnelles.
- Des moyens humains, formés et équipés.
- Des outils opérationnels et maîtrisés par les acteurs (applicatifs, moyens de transmission...).
- Un maillage de moyens tactiques à la main des établissements de santé.
- Un plan de formation aux situations sanitaires exceptionnelles des acteurs.
- Un programme d'exercices et d'entraînements avec les autres services (Intérieur, Défense, Environnement, collectivités, justice) pour les établissements de santé.

Résultats attendus

- Opérationnalité des différents acteurs dans la gestion d'une crise sanitaire
- Finalisation du dispositif ORSAN (volets ORSAN, plans départementaux de mobilisation et plan zonal de mobilisation)
- Développement de la culture de sécurisation des établissements de santé et établissements et services médico-sociaux

3.3 Organiser l'offre de soins à proximité

Permettre à chaque citoyen d'avoir accès à une prise en charge adaptée et de qualité quel que soit l'endroit où le moment où il en a besoin, telle est notre ambition pour les cinq années à venir. Concrètement, il s'agit d'adapter à chaque territoire une offre de santé coordonnée qui permette le meilleur accès à des soins de premier recours, une prise en charge élargie des patients à leur domicile (notamment du fait de la conversion ambulatoire des activités sanitaires et médico-sociales), l'accès gradué à des plateaux techniques.

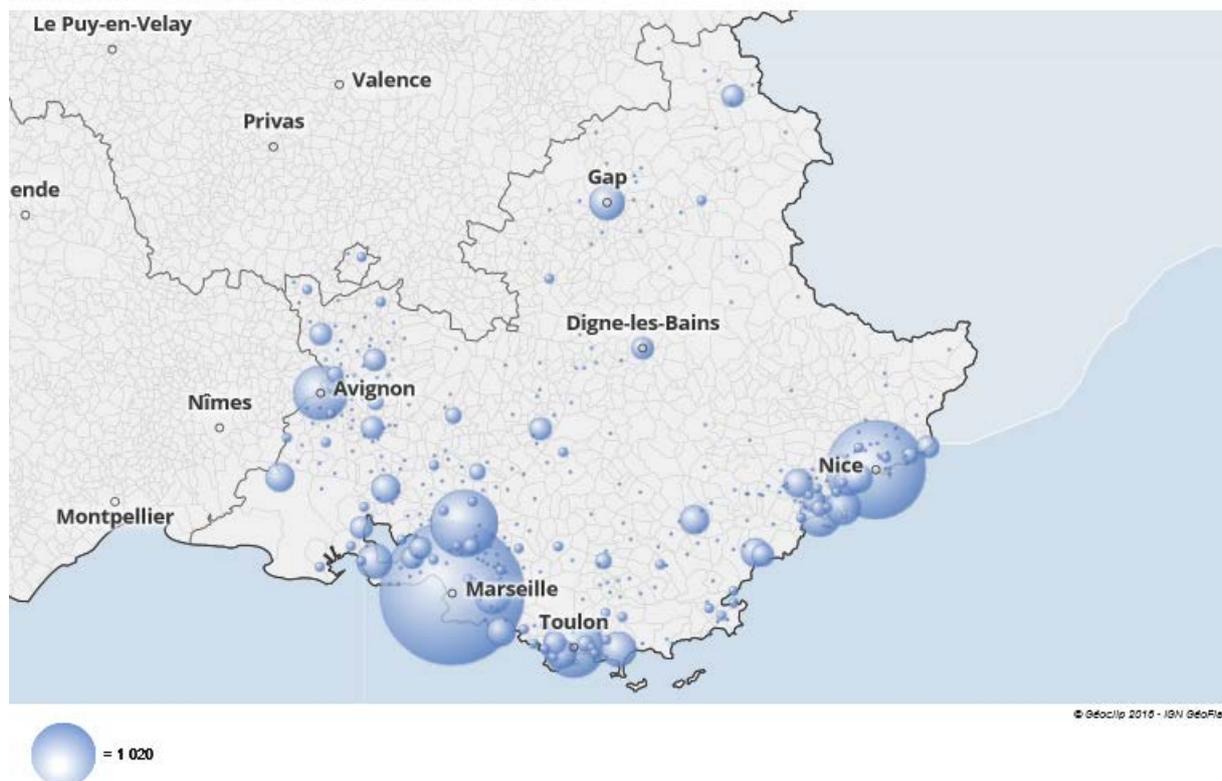
Cette transformation doit se faire en lien avec l'ensemble des partenaires institutionnels, notamment l'assurance maladie, les collectivités et les élus qui ensemble créeront les meilleures conditions d'information, d'incitation et d'accompagnement, pour que les professionnels et les opérateurs eux-mêmes se mobilisent et innovent pour améliorer l'accès de nos concitoyens aux prises en charge le plus adaptées.

3.3.1 Soins de ville et ambulatoires

Contexte

La région PACA se distingue par des densités de professionnels de santé libéraux supérieures aux moyennes nationales. Elle se positionne, également, au 3ème rang des régions qui enregistrent les plus fortes baisses de densité médicale.

nombre de médecins implantés (tous statuts) - Source : RPPS 2017



Par ailleurs, comme partout en France, les pratiques et les aspirations des professionnels de santé libéraux évoluent vers une moins grande amplitude horaire, des activités plus programmées, des exercices plus regroupés, dans ou à proximité de centres urbains dynamiques.

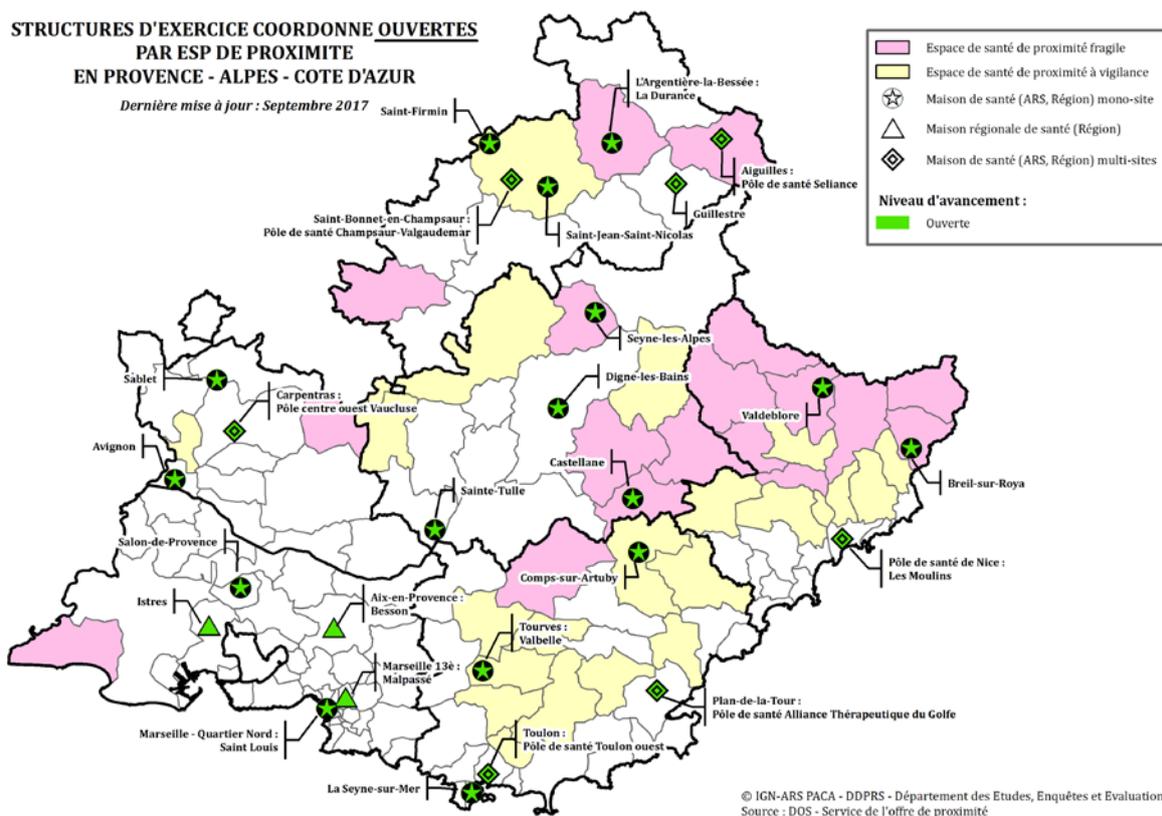
Enfin, le vieillissement de la population, la complexité croissante des pathologies et les progrès techniques imposent de plus en plus de complémentarité entre les acteurs et des prises en charge coordonnées et pluridisciplinaires.

Face à ses tendances qui s'accroissent, le premier projet régional de santé a permis de créer une dynamique sur laquelle nous appuyerons dans les cinq années qui viennent.

Ainsi, pour aider les professionnels de santé dans la prise en charge et le suivi des prises en charge de patients complexes, l'ARS PACA, a expérimenté des Plateformes territoriales d'appui (PTA). 8 PTA issues de la reconversion de 8 réseaux spécialisés couvrant les 2/3 du territoire et de la population de la région ont été mises en place progressivement et déployées par une nouvelle approche axée sur les services plutôt que l'approche par le dispositif. La loi de modernisation de notre système de santé (2016) a reconnu cette modalité d'appui aux professionnels et la généralise ; elles ont l'ambition de s'articuler avec les autres dispositifs de coordination qui existent (gestion de cas MAIA, réseaux de santé, HAD, SSIAD, SAAD, CLIC..).

De même, la réorganisation de l'offre de proximité ainsi que l'évolution des métiers des professionnels concernés sont des prérequis à la réussite du virage ambulatoire de l'offre sanitaire et médico-sociale. Dans ce cadre, les situations à prendre en charge par les professionnels et acteurs de santé sont de plus en plus complexes (enchevêtrement des problématiques médico-sociales, multiplicité et cloisonnement des intervenants auprès du patient...) et nécessitent d'organiser un véritable appui aux professionnels pour la coordination de ces prises en charge qui se pose comme un enjeu fort de transformation de notre système de santé.

26 maisons de santé pluri professionnelles ont été mises en place et labellisées dans la région. Pour autant, l'on constate encore des freins à leur développement qu'il faudra lever : la lourdeur des démarches administratives, un manque d'information des professionnels de santé sur l'ingénierie (SISA, ACI...), un accompagnement de la part des prestataires encore long et non optimal.



La messagerie sécurisée de santé, le répertoire opérationnel des ressources, les terminaux de coordination, le dossier médical personnel ont jeté les premières bases d'un système d'information partagé qui devra favoriser par ses échanges la coordination entre les professionnels et opérateurs de santé et la prise en charge des cas complexes .

Enjeux

- Une organisation lisible pour tous (usagers et PS) qui permette de délivrer des soins de proximité pertinents, de qualité et sécurisés.
- Le patient est au centre du parcours, il comprend le système de santé, l'utilise de façon pertinente, sait gérer et vivre avec sa maladie et contribue à son organisation.
- Une politique de prévention dans le champ de l'offre de soins de proximité.
- Une évolution de l'offre de soins de proximité :
 - Dans son organisation pour faire face à la démographie médicale, aux changements de pratiques professionnelles, du virage ambulatoire.
 - Dans sa continuité et sa permanence de soins.
 - Dans la transformation des métiers des PS, vers des compétences renforcées.
 - Dans l'appui aux parcours complexes : sont déployés des plateformes territoriales d'appui autour desquelles s'articulent les acteurs de l'appui et de la coordination pour aider les professionnels dans la prise en charge et le suivi des parcours complexes.
 - Dans l'utilisation de la e-santé et de la Télémédecine.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Accompagner l'évolution des métiers des professionnels de santé

Objectif 2 : Promouvoir les initiatives et démarches dans le champ de la prévention

Objectif 3 : Réorganiser l'offre de soins de proximité

Objectif 4 : Garantir la permanence et la continuité des soins en ambulatoire

Objectif 5 : Déploiement et réorganisation des services d'appui à la coordination des parcours complexes

Objectif 1 : Accompagner l'évolution des métiers des professionnels de santé

Au regard de la démographie médicale, des changements des pratiques des médecins et des paramédicaux, de la transformation des prises en charge des patients, de l'évolution des maladies et des patients traités et de la séparation trop grande entre les professions médicales et para médicales.

- Mieux intégrer la spécificité des pratiques médicales de ville à la formation des médecins (généralistes et spécialistes) avec un axe spécifique sur la diversité des stages (HAD, MSP, cabinets de ville médicaux et paramédicaux etc...). Développer les terrains de stage des étudiants en odontologie.
- Impliquer les deux universités de la région dans l'orientation du choix des étudiants vers certaines spécialités médicales déficitaires par le biais de créations de poste d'internes (RH en santé).
- Favoriser « les îlots de formation » permettant aux internes de médecine générale de suivre tout ou partie de leur troisième cycle d'études médicales sur un territoire éloigné de la faculté, le nombre de stages en ambulatoires et augmenter le nombre de maîtres de stages universitaires (RH en santé).
- Renforcer la formation pluri-professionnelle initiale et continue des professionnels de santé afin d'accompagner l'évolution de leurs pratiques et en particulier dans le champ de la prévention.
- Mieux faire connaître les compétences des différents professionnels de santé de proximité auprès des autres professionnels, des acteurs et des usagers et les faire évoluer.
- Mettre en place, en lien avec les facultés de médecine, des dispositifs de recherche en soins primaires avec la création de MSP ou CDS universitaires.

- Promouvoir les activités des remplaçants par le contrat PTMR mais également les statuts de médecins d'adjoint en cas d'afflux exceptionnel de patient, les contrats de collaborateurs. Créer une plate-forme de dialogue remplaçants- médecins.
- Développer les délégations de tâches pour les infirmiers, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les orthoptistes et les biologistes.
- Favoriser la création de nouveaux métiers :
 - IDE de pratique avancée (master gériatrie, parcours complexes, oncologie, néphrologie), en attente d'un statut juridique, mise en place d'une expérimentation afin de promouvoir la formation et d'évaluer sur le terrain la plus-value de ces Ide dans le parcours du patient.

Objectif 2 : Promouvoir les initiatives et démarches dans le champ de la prévention

- Développer les actions de prévention (ex : promouvoir la vaccination, le sport santé) et d'éducation thérapeutique dans les structures d'exercice coordonné, dans les cabinets de groupe, étendre le dispositif Asalee (ETP et actions dérogatoires dans des cabinets libéraux).
- Expérimentation d'une équipe mobile d'ETP.
- Renforcer le rôle des professionnels de santé de proximité dans le repérage précoce et le dépistage.
- Soutenir la recherche en prévention en lien avec les départements universitaires de MG.
- Inciter et soutenir les projets innovants dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé:
 - Information aux patients via les outils numériques sur l'éducation à la santé, la prévention dans les cabinets ou structures d'exercice coordonné : création d'une bibliothèque disponible via le Wi-Fi des salles d'attente.
 - Mise à disposition de locaux pour les MG afin d'animer des réunions d'information auprès de leurs patients.
- Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, développer des actions de proximité auprès des populations ciblées et des aidants et notamment dans les structures :
 - Formation des directions, personnels des établissements d'hébergement et les aidants à l'hygiène bucco-dentaire.
 - Création de poste de référent «hygiène bucco-dentaire» par structure d'accueil (avec une formation initiale et continue de ces référents axée sur la prévention primaire – information, sensibilisation aux risques généraux et spécifiques des personnes fréquentant ces structures, enseignement des recommandations d'hygiène bucco-dentaire particulière, etc...) et la prévention secondaire bucco-dentaire (dépistage précoce des pathologies bucco-dentaires spécifiques les plus fréquentes) afin de pouvoir les adresser rapidement et de façon pertinente à un chirurgien-dentiste en cas de besoin.
 - Création d'un bilan buccodentaire en entrée en structure et des consultations de dépistage systématique à intervalle régulier, à partir d'une évaluation systématique.

Objectif 3 : Réorganiser l'offre de soins de proximité

Afin de pallier la baisse du nombre des PS, la disparité de leur lieu d'installation, l'évolution des besoins de prise en charge.

- Réaliser par département, un état des lieux avec une dimension prospective, des professionnels de santé existants tant en ville qu'en établissements de santé et pouvoir ainsi déterminer les besoins d'implantation en PS.

- Assurer une veille territoriale sur les zones en difficultés afin d'anticiper les situations à risque et promouvoir des dispositifs innovants permettant l'installation de professionnels de santé
A ce titre, la loi de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne du 28 décembre 2016, dite « loi Montagne », souligne la nécessité de prendre en compte les spécificités des zones de montagne : les besoins de santé des populations, les spécificités géographiques, démographiques et saisonnières.
En Provence Alpes Côte d'azur, tous les départements, à l'exception des Bouches-du-Rhône, comprennent des communes classées en zone de montagne (533 communes représentant 8 % de la population régionale). La labellisation des cabinets de montagne, l'évolution des hôpitaux locaux, le développement de la télémédecine dans les stations de montagne ou encore la formation de médecins correspondants SAMU constituent des pistes envisagées pour renforcer l'accès aux soins dans ces territoires.
- Soutenir l'installation des médecins en exercice coordonné : promouvoir la création de MSP, de CDS, de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui représentent une nouvelle organisation de travail : regroupement d'acteurs de santé médicaux, médico-sociaux, sociaux sur un territoire dont les missions sont centrées sur l'organisation des soins et sur les réponses aux besoins de ce territoire. Amélioration de leur accompagnement, formation des coordonnateurs avec une réflexion sur ce métier, information sur l'ACI afin d'augmenter les adhésions.
- Promouvoir la mise en place d'un comité régional des coordonnateurs de CPTS afin d'échanger sur les bonnes pratiques, les protocoles mis en place, les difficultés rencontrées, les retours d'expérience positifs.
- Encourager l'implantation de centres de santé dentaire ou polyvalents dans les zones sous-dotées.
- Développer les activités mixtes des médecins : hôpital- MSP type AUMG ou praticien hospitalier-libéral avec une évaluation des besoins tant au niveau des hôpitaux de proximité qu'au niveau des structures d'exercice coordonné.
- Développer les postes d'assistants universitaires en médecine générale AUMG qui travaillent 50% université - 50% structures d'exercice coordonné soit comme collaborateur soit comme remplaçant soit installés dans des zones de préférence fragiles, déficitaires, les postes de chefs de clinique universitaires et les postes d'assistants partagés généralistes ou spécialistes 50 % hôpital 50% structures d'exercice coordonné.
- Mettre en place une organisation innovante au sein des cabinets, des structures d'exercice coordonné où les PS non médecins s'occuperont selon leurs compétences du tri et de l'orientation des patients ainsi que de certains soins spécifiques déterminés à l'avance (délégations de tâches). Ces pratiques permettront d'optimiser le temps médical et de réduire les délais d'attente de rendez-vous.
- Permettre l'accès des chirurgiens-dentistes aux nouveaux modes de prise en charge MEOPA, CAD-CAM pour CFAO hypnose, AGSI...
- Assurer l'accès aux soins urgents à moins de 30 minutes par l'augmentation du nombre de médecins correspondants du SAMU.
- Promouvoir une meilleure coordination des différents PS : médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, sages-femmes afin de favoriser le maintien à domicile des personnes.
- Développer l'utilisation de la télémédecine avec de la téléconsultation et de la télé expertise, y compris en ce qui concerne les soins dentaires.
- Renforcer les liens avec nos partenaires institutionnels et les associations d'usagers.
 - S'appuyer sur les CCOP (commission de coordination de l'offre de soins de proximité) régionales et départementales en lien avec le comité technique des financeurs.
 - Mettre en place un groupe de travail afin d'échanger sur les actions menées par les différents partenaires de l'ARS : les urps, le conseil départemental, le conseil régional, la cpam, le conseil de l'ordre.

- Mettre en place un guichet unique d'information, d'orientation et d'accompagnement des PS qui pourra se décliner au niveau territorial pas des réunions dans les délégations (1/mois) si besoin:
 - Afin de simplifier les démarches administratives d'installation, il y aura une seule porte d'entrée pour les PS en lien avec nos partenaires (les urps, les conseils de l'ordre, la CPAM, l'URSSAF, le CR, la CARMF, la CARPIMKO),
 - Afin d'aider des professionnels de santé en cours de réorientation professionnelle (évolution vers un exercice coordonné), en difficultés dans la pratique de leur exercice,
 - Afin de répondre aux questions des professionnels de santé confrontés au départ à la retraite : cumul emploi/retraite, cessation d'activité.

Objectif 4 : Garantir la permanence et la continuité des soins en ambulatoire

- Procéder à une évaluation de la PDSA dans ses trois composantes en liaison étroite avec les services des urgences et les SAMU :
 - Régulation libérale.
 - Astreintes médicales et activités.
 - Maison Médicale de Garde.
- Faciliter la permanence et la continuité des soins en journée par le biais de consultations non programmées de médecine générale dans les maisons de santé pluri professionnelles, les cabinets de ville, les maisons médicales de garde, ou dans des lieux à proximité des services d'urgences.
- Inciter les cabinets de médecine générale et dentaires à réaliser des permanences le samedi matin en mutualisant avec d'autres cabinets.
- Ouvrir la permanence des soins dentaires dans les établissements sanitaires publics et privés ; et dans les centres de santé dentaire (jusqu'à 00h et le samedi).
- Envisager que l'accès de soins dentaires en urgence soit possible dans au moins une grande ville par département : ces établissements pourraient accueillir des praticiens libéraux/hospitaliers pour assurer cette prise en charge.
- Organiser le lien ville/hôpital afin d'améliorer la prise en charge des patients entrant et sortant de l'hôpital et de mieux appréhender le «virage ambulatoire» :
 - Préparer l'amont et l'aval de l'hospitalisation avec les services hospitaliers et les professionnels libéraux afin de mieux anticiper et organiser le retour à domicile et la prise en charge libérale :
 - Mettre en place une organisation de la sortie via un coordonnateur qui vérifie les lettres de sortie, les ordonnances de sortie, les contacts pris avec le médecin-pharmacien-IDE s'occupant du patient à sa sortie, mise à disposition des dossiers hospitaliers à destination des médecins de ville.
 - Concevoir une formation interprofessionnelle permettant d'avoir une culture commune en lien avec l'évolution des pratiques dans le cadre du virage ambulatoire et du développement de la RAAC notamment.
- S'appuyer sur un système d'information permettant la coordination : dossier médical partagé informatisé, messagerie sécurisée etc. qui permettent la communication et le transfert d'informations entre professionnels de santé (médecin traitant et professionnels médicaux libéraux, médecin hospitalier, pharmaciens d'officine, et professionnels paramédicaux libéraux, ainsi que les chirurgiens-dentistes) sur l'état de santé du patient, son traitement et sa prise en charge à l'hôpital et à sa sortie.

- Mieux organiser les relations entre les PS et les HAD : rôle du médecin traitant et de l'IDEL, permanence des soins.
- Articuler les professionnels libéraux et les établissements de santé avec les PTA.
- Former les PS libéraux sur les prises en charges spécifiques des patients (ex : chimiothérapie orale).
- Former les chirurgiens-dentistes à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, des personnes en situation d'handicap et des personnes précaires, à l'utilisation des nouvelles technologies.
- Mettre en œuvre une offre de soins graduée en matière de soins dentaires dans les institutions, à domicile :
 - Développer l'accès aux soins dentaires sous anesthésie générale, sédation, imagerie médicale et technologies numériques adaptées aux vulnérabilités des patients traités par la mutualisation/mise à disposition de plateaux techniques hospitaliers à l'attention des chirurgiens-dentistes (identifier un établissement référent par bassin de population en association avec les libéraux).
 - Mettre à disposition l'expertise de certains chirurgiens-dentistes au service des autres chirurgiens-dentistes.
 - Identifier un chirurgien-dentiste référent par structure d'accueil.
 - Intégrer systématiquement l'aspect buccodentaire dans les projets d'établissement des structures d'accueil.

Objectif 5 : Déploiement et réorganisation des services d'appui à la coordination des parcours complexes

- S'appuyer sur les plateformes territoriales d'appui, en qualité de porte d'entrée unique, pour mieux articuler et mettre en cohérence sur l'ensemble du territoire régional les dispositifs de coordination et les fonctions d'appui dédiées aux professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux.
- Passer d'une logique de structure/dispositifs à une logique de réponses et services apportées à tous les professionnels de santé (et notamment libéraux) ainsi qu'aux patients et leurs aidants.
- Articuler les divers services d'appui à la coordination, les harmoniser et les structurer autour de plateformes territoriales d'appui pour :
 - Rendre lisible l'organisation des dispositifs de coordination existants.
 - Garantir une accessibilité aux plateformes sur tout le territoire régional et pour l'ensemble des professionnels (sanitaires, médico-sociaux et sociaux).
 - Offrir une réponse organisée et harmonisée aux demandes des professionnels sur l'ensemble du territoire.
 - Proposer un modèle économique soutenable et efficient
- Favoriser la coordination entre les soignants de proximité et les établissements de santé par la mise en place de système d'information et de messagerie sécurisée partagés.
- Poursuivre le déploiement des PTA dans les territoires et les accompagner dans l'évolution de leurs pratiques et dans leur montée en charge :
 - Les positionner notamment dans le virage ambulatoire et travailler le lien PTA-urgences.
 - Développer une démarche qualité visant à professionnaliser les PTA via la formalisation des bonnes pratiques, l'élaboration de protocoles, procédures et outils.
 - Doter les PTA des connaissances et ressources relatives l'offre d'expertise existante dans les territoires y compris en ce qui concerne les soins bucco-dentaire.

- Accompagner le développement de la e-santé dans la formation des PS, leur exercice quotidien, l'information et l'éducation à la santé de l'utilisateur...
- Renforcer l'information de l'utilisateur pour qu'il comprenne mieux l'organisation du système de santé, l'utilise de façon pertinente et devienne acteur de son parcours de santé.

3.3.2 Hospitalisation à domicile

Contexte

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux continus et coordonnés. Ils se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes. L'HAD peut se faire soit directement au domicile, soit après un passage aux urgences ou en sortie d'hospitalisation ou de SSR.

L'intervention de l'HAD dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est une modalité en développement, qui a pour avantage d'éviter au patient âgé fragile une rupture avec son environnement et de soulager les équipes soignantes de l'EHPAD sur des soins lourds.

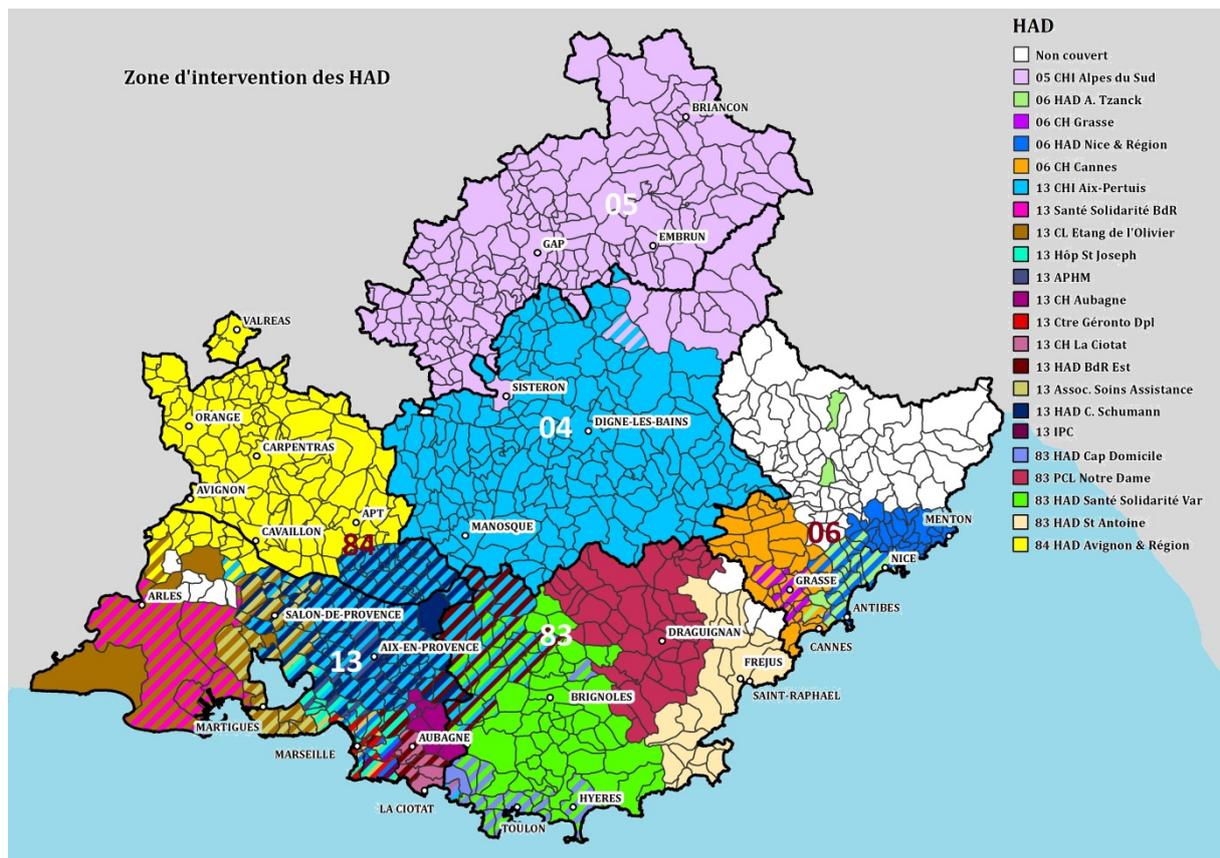
Dans de multiples situations telles que les maladies chroniques, les soins palliatifs, la pédiatrie, les accidents vasculaires cérébraux, l'hospitalisation à domicile permet une meilleure prise en charge. Elle permet également une proximité avec les aidants, en particulier :

- Pour le sujet âgé fragile qui perd vite son autonomie lorsqu'il est alité, et se dénutrit facilement à l'hôpital.
- Pour le patient handicapé pour lequel une organisation spécifique est souvent mise en place au domicile ou en institution (appareillage, domotique...).
- Pour l'enfant qui reste proche de ses parents et de sa fratrie.
- Pour le patient avec des séquelles d'AVC qui peut bénéficier d'une rééducation à domicile et de soins de nursing pouvant être de longue durée et impacter la durée de séjour des structures de court séjour hospitalier.
- Pour le patient atteint de cancer qui peut bénéficier au domicile d'une prise en charge par des soins de support nécessitant une HAD ou une prise en charge médicalisée de sa fin de vie ...

Données de cadrage

En région PACA, 23 HAD sont implantées sur le territoire comprenant douze structures privées et onze structures publiques et ESPIC. Les structures HAD sont réparties de façon non homogène sur le territoire.

Territoires de santé	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes Maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Nombre de structures HAD	0	1	4	13	4	1	23
Dont nombre de structures publiques ou espic	0	1	2	7	0	1	11
Dont nombre de structures privées	0	0	2	6	4	0	12



Les différences statutaires induisent aussi des différences de fonctionnement, et révèlent une hétérogénéité des organisations et des pratiques.

Douze HAD sont adossées à un établissement de santé.

C'est le cas de toutes les structures publiques et ESPIC (sauf 1 ESPIC) ainsi que deux HAD privées. Onze HAD ne sont pas adossées à un établissement de santé, pour la très grande majorité des structures privées et un ESPIC.

Certaines HAD sont dotées d'une pharmacie à usage interne (PUI). Pour la plupart ce sont celles adossées à un établissement de santé. Les autres fonctionnent avec les officines de ville.

En matière de recrutement, la plupart des HAD (sauf 4) ont un fonctionnement mixte employant à la fois des infirmières salariées et ayant des conventions avec des infirmières libérales. Les structures privées travaillent majoritairement avec des infirmières libérales avec lesquelles elles conventionnent. Les structures publiques travaillent avec des infirmières salariées et développent moins de conventions avec les infirmières libérales, ce qui peut être un frein à leur extension territoriale.

L'enquête réalisée en 2017 auprès des structures de PACA a confirmé la pluridisciplinarité du personnel titularisé en HAD et des modalités de prise en charge, associant plusieurs types de professions paramédicales libérales.

Quelques caractéristiques de l'activité des structures HAD en PACA

Indicateurs de la circulaire 04/12/2013 (intitulé)	Année	PACA	FRANCE
Nombre moyen de patients/jour/100 000 habitants	2015	19.7	19.3
	2016	19.1	20.2
Taux brut de journées d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (val. Cible = 1,2)	2015	0.8	1.3
	2016	0.7	1.4
Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète (val. Cible = 74)	2015	37.9	43.3
	2016	37	46.2
Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO+SSR) (en %)	2015	59.3	67
	2016	62.7	63
Part des séjours en HAD à partir du domicile (en %)	2015	34.7	29.7
	2016	30.1	33.1
Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux	2015	14.4	5.1
	2016	16.6	5.7
Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité global d'HAD (rééducation neurologique ou chimiothérapie anticancéreuse ou soins palliatifs) (en %)	2015	22	27.1
	2016	21.6	27.9
Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	2015	65.2	82.4
	2016	73.9	82.2
Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	2015	79	88.4
	2016	87.3	88.5
Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	2015	91.3	89.6
	2016	91.3	89.6
Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7	2015	89.4	92.8
	2016	92.8	93.4

Le mode de sortie des patients reflète le poids des patients pris en charge avec une part non négligeable de décès.

Les soins palliatifs, les pansements complexes, et les soins de nursing lourds sont les trois principaux modes de prise en charge par les structures HAD en région, comme en France.

Certaines HAD sont polyvalentes, d'autres plus orientées sur des prises en charge spécifiques (patients âgés en EHPAD, surveillance des patients atteints de cancer).

Les activités réalisées par les HAD sont ainsi très hétérogènes en fonction des territoires, et certaines prises en charge non couvertes par des HAD dans certains territoires. C'est le cas en particulier pour les soins palliatifs, pour les prises en charge pédiatriques et la prescription de chimiothérapies en HAD.

Des difficultés connues et des évolutions réglementaires attendues :

La tarification actuellement en place ne favorise pas la prise en charge de certaines situations: plusieurs HAD ont ainsi cessé des prises en charge insuffisamment rentables.

Des évolutions règlementaires récentes ou annoncées, doivent permettre d'accompagner l'évolution des structures de HAD:

L'assouplissement de la répartition des missions entre médecins traitants, médecins coordonnateurs d'HAD et médecins coordonnateurs d'EHPAD pour faciliter l'ajustement des prescriptions à l'évolution de l'état de santé des patients (décret du 5 mai 2017) :

- la production fin 2017 par la HAS, d'un algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD,
- l'intervention conjointe SSIAD et HAD auprès des même publics pour assurer leur maintien au domicile, (décret annoncé pour le premier semestre 2018),
- la réforme de la tarification de l'HAD est prévue pendant la durée du présent PRS.

Enjeux

La difficile coordination des intervenants au domicile du patient, dans un contexte concurrentiel avec les prestataires et les différents intervenants du 1^{er} recours (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, aides à domicile, ...).

Certaines sociétés de prestation de services sont en concurrence directe avec les HAD et satisfont les professionnels par leur réactivité. En revanche, elles n'ont pas les mêmes missions que l'HAD : elles n'assurent pas les prises en charge complexes ou encore la continuité des soins.

Le travail avec les professionnels libéraux est encore peu fluide : les médecins traitants dont le rôle est reconnu dans ce dispositif, manquent de disponibilité. Les prises en charge au domicile peuvent se révéler très complexes, alors même que certains personnels nécessaires ne sont pas disponibles (infirmiers, kinésithérapeutes)

Cette difficile coordination peut être à l'origine de points de rupture dans le parcours de santé des patients. Par exemple, après le passage aux urgences, certains patients complexes pourraient bénéficier d'une entrée directe en HAD, et ainsi éviter une hospitalisation complète, surtout lorsqu'ils sont en EHPAD. Les prises de relais sont à améliorer après les séjours HAD, avec parfois la nécessité de s'assurer de l'effectivité de l'intervention d'un SSIAD ou du passage d'une infirmière libérale.

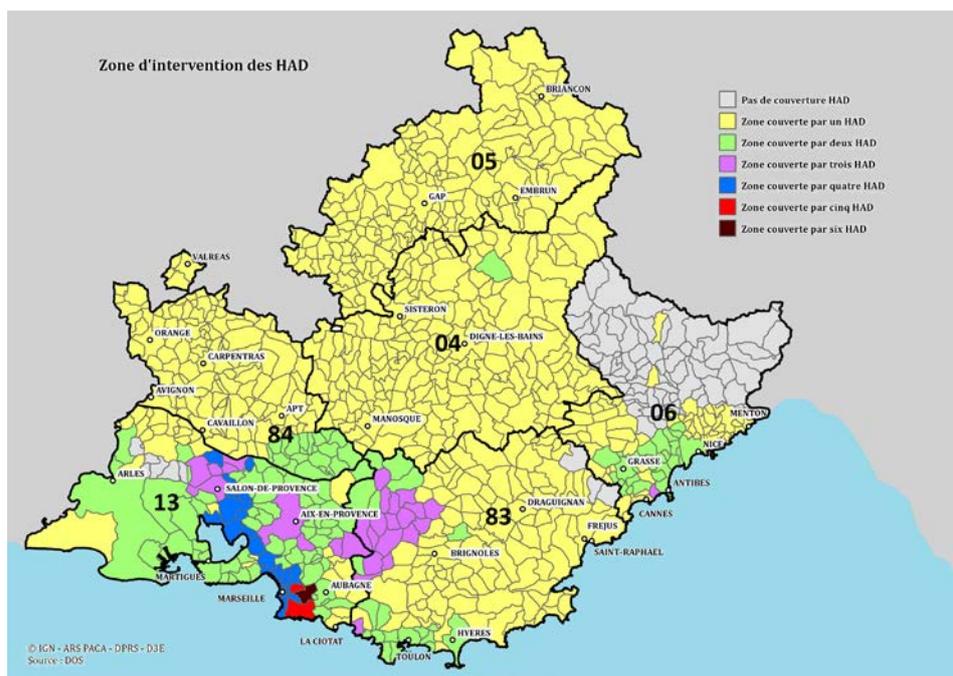
La lisibilité de l'offre en HAD est encore trop faible, notamment au sein du répertoire opérationnel des ressources.

Des astreintes médicales insuffisantes

Les pratiques des structures et leurs interprétations des textes sur les astreintes dans notre région sont hétérogènes. Ainsi, si certaines structures ont mis en place des astreintes médicales rémunérées par l'HAD, plusieurs autres opposent le rôle premier du médecin traitant ou du centre 15, considérant que les services de HAD ne sont règlementairement pas tenus de mettre en place une astreinte médicale permanente. Lors du séjour en HAD, certains patients peuvent voir leur séjour interrompu par un passage aux urgences, situation qui aurait pu être évitée avec un dispositif d'astreinte médicale disponible 24/24h, surtout dans des situations d'accompagnement de fin de vie.

L'hétérogénéité et le manque de visibilité des zones d'intervention des HAD

Certaines zones du territoire régional ne sont pas couvertes, comme l'arrière-pays niçois ou encore les zones montagneuses des Alpes de Haute Provence. Sur d'autres zones, elles sont en superposition et donc en concurrence directe, comme dans le sud des Bouches du Rhône, ou encore sur la bordure côtière (limite ouest) des Alpes maritimes.



La coordination nécessaire de la place des HAD dans le parcours de santé du patient

Pour consolider leur place et dans le contexte de réduction des durées de séjour, les HAD ont des marges de progression dans leurs organisations, notamment dans la rapidité de la réponse apportée. En 2017, le délai moyen d'intervention à compter de la demande est de 36 h avec des délais déclaratifs entre 24 et 72h.

Les structures font part de leurs difficultés de transmission de l'information par les structures et professionnels qui adressent les patients. En 2017, seules 16 HAD avaient un dossier informatisé et 12 un accès à une messagerie sécurisée.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Positionner les HAD pour fluidifier le parcours du patient

Objectif 2 : Améliorer l'efficacité des structures d'hospitalisation à domicile

Objectif 3 : Homogénéiser la couverture territoriale dans leur polyvalence et dans leurs spécialités

Objectif 4 : Améliorer la qualité

Objectif 1 : Positionner les HAD pour fluidifier le parcours du patient

- Favoriser l'accès à l'HAD, en particulier la prise en charge directe au domicile, en EHPAD ou à partir des urgences
- Développer l'usage des outils numériques (e-santé, télémédecine) pour améliorer la transmission d'information entre les structures d'hospitalisation, le médecin traitant et la structure : par l'utilisation de la messagerie sécurisée et le partage des informations du dossier HAD ou encore par le développement de la télémédecine, qui pourra être un moyen efficace d'améliorer la couverture dans les zones reculées montagneuses, en garantissant le lien avec les structures HAD et centres hospitaliers des zones urbaines (par exemple : arrière-pays niçois)
- Spécialiser certaines structures HAD en appui à des parcours complexes, afin qu'elles deviennent le recours pour les HAD polyvalentes, dans le respect des recommandations de

bonnes pratiques (critères HAS) : pédiatrie, obstétrique (grossesse pathologique, post-partum pathologique), soins palliatifs avec la prise en charge de la douleur. Pour cela, des coopérations doivent être mises en place avec les différents réseaux de périnatalité, les équipes de pédiatrie, les réseaux de soins palliatifs et les équipes mobiles externes de soins palliatifs.

- Poursuivre le développement du recours aux HAD en établissements sociaux et médico-sociaux pour améliorer l'efficacité de prise en charge des âgés dépendants et des patients handicapés, par l'intervention en maison d'accueil spécialisée ou en foyer d'accueil médicalisé.
- Promouvoir ce type de prise en charge auprès des patients, des professionnels libéraux, des professionnels hospitaliers ceci afin d'étendre dans les 10 ans, la place de l'HAD dans la culture médicale, et sociétale.
- Augmenter la réactivité de la mise en place des interventions des HAD. Un travail d'identification des freins, en particulier sur le plan informatique, doit permettre de réduire les délais d'intervention. Le développement des liens par messagerie sécurisée et par la e-santé plus généralement seront sollicités.

Objectif 2 : Améliorer l'efficacité des structures d'hospitalisation à domicile

- Améliorer la lisibilité de l'offre de structures d'hospitalisation à domicile, ceci afin de faciliter la prescription de ce mode d'intervention. Pour cela, des outils seront développés pour permettre une meilleure lisibilité des zones d'intervention des structures HAD, leurs degrés de polyvalence et de spécialités, par exemple sous la forme d'un guichet téléphonique unique. La mise en place de ce guichet téléphonique unique se fera en cohérence avec les dynamiques actuelles de coopération dans les territoires, notamment au niveau des plateformes territoriales d'appui, ou encore au niveau des groupements hospitaliers de territoires.
- Anticiper l'aval de la prise en charge en HAD, en établissant des coopérations avec les médecins prescripteurs, les EHPAD, les SSIAD.
- Sensibiliser les prescripteurs à une démarche d'anticipation de sortie en HAD. Parmi d'autres démarches, l'amélioration de la pertinence des transferts et admissions en HAD pourra être un critère de pertinence intégré dans les CPOM établissements de santé et dans les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire avec un objectif sur le taux de recours aux HAD.
- Proposer des coopérations-rapprochements entre les HAD notamment dans le cadre des réflexions sur les groupements hospitaliers de territoires ainsi que le regroupement des petites structures. Ces rapprochements permettraient par exemple d'améliorer l'efficacité des astreintes médicales et soignantes, par la mutualisation des astreintes médicales et soignantes H24/24 et 7j/7.

Objectif 3 : Homogénéiser la couverture territoriale dans leur polyvalence et dans leurs spécialités

- Revoir la répartition géographique des zones couvertes par chacune des HAD, selon leur degré de polyvalence et de spécialité.
- Améliorer le maillage territorial dans l'offre de soins de spécialité en particulier pour les soins palliatifs, la pédiatrie, périnatalité, la chimiothérapie éventuelle. Pour garantir un niveau de recours, mettre en œuvre les collaborations avec des HAD ultraspecialisées, pour développer des antennes délocalisées développer des collaborations entre HAD par le biais de formations et d'un compagnonnage.

- Apporter une réponse à la problématique des vallées éloignées et des zones montagneuses en développant des antennes en lien avec les structures de premier recours installées dans des zones d'accès difficile : maisons de santé pluriprofessionnelles, hôpitaux locaux de proximité,...

Objectif 4 : Améliorer la qualité

- Faire évoluer le rôle du médecin coordonnateur en cohérence avec le rôle du médecin traitant, ceci afin de fluidifier les prises en charge
- Anticiper et accompagner l'évolution des métiers avec une amélioration de la formation des médecins généralistes pour la prise en charge de patients en HAD : soins palliatifs, périnatalité, grossesses à risque,....
- Expérimenter de nouvelles organisations alliant la coordination HAD avec les SSIAD. Ceci permettrait de faire bénéficier au personnel des SSIAD de formations organisées par les HAD concernées, et ainsi améliorer les compétences pour intervenir au domicile, en soins palliatifs, en gériatrie, pour les pansements complexes, la pédiatrie....

Résultats attendus :

A court terme :

- Augmentation du nombre de patients pris en charge avec un seuil proche de 30 /j/100 000 habitants.
- Augmentation de la part des séjours HAD/100 séjours d'HC et des journées d'HAD/1 000 journées d'HC dans les 5 ans.
- Satisfaction des patients et des médecins traitants (questionnaires).

A moyen terme :

- Augmentation du nombre de prises en charge à partir des urgences et du domicile.
- Augmentation de la part des modes de prises en charge spécialisée (soins palliatifs, rééducation neurologique, grossesses à risque, périnatalité, pédiatrie, chimiothérapie).

A long terme :

- Impact sur la diminution des hospitalisations complètes réservées aux situations complexes nécessitant un plateau technique de haut niveau.
- Amélioration de la formation en médecine générale avec la prise en charge en hospitalisation à domicile en favorisant un «compagnonnage» entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant pour les situations spécifiques et spécialisées (ex soins palliatifs)

3.3.3 Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Un secteur stratégique pour une mission clé

Depuis 10 ans, la place des SSR s'est accentuée pour devenir un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unité de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social, lui conférant ainsi la mission clé de participation à l'animation des filières de prise en charge. Sa position le met en situation de devoir faire face aux évolutions de son environnement.

L'activité de soins de suite et de réadaptation concerne des actes à visée diagnostique et thérapeutique, des actes de rééducation et de réadaptation, la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement à la réinsertion globale du patient. L'objectif est « l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place ¹⁹ ».

Elle est réglementée par le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 qui permet de distinguer les prises en charge différenciées selon des catégories d'affections par des mentions complémentaires à l'autorisation.

Contexte

Note de lecture :

La réforme du financement du secteur SSR a été lancée en 2017, les effets n'en sont pas encore mesurés mais pourraient avoir un impact en termes de soutenabilité financière pour certains établissements de santé. De plus, des évolutions sont susceptibles d'être apportées à cette réforme voire une transformation des modalités de tarification (par exemple forfait à l'épisode de soins).

Le recentrage de l'hôpital sur son cœur de métier (soins aigus) rend indispensable une bonne organisation des soins de suite pour appuyer le "virage ambulatoire".

Aussi, les orientations proposées dans le présent document sont centrées sur la qualité des prises en charge de patients, quelles que soient les évolutions de la réforme du financement du SSR à venir.

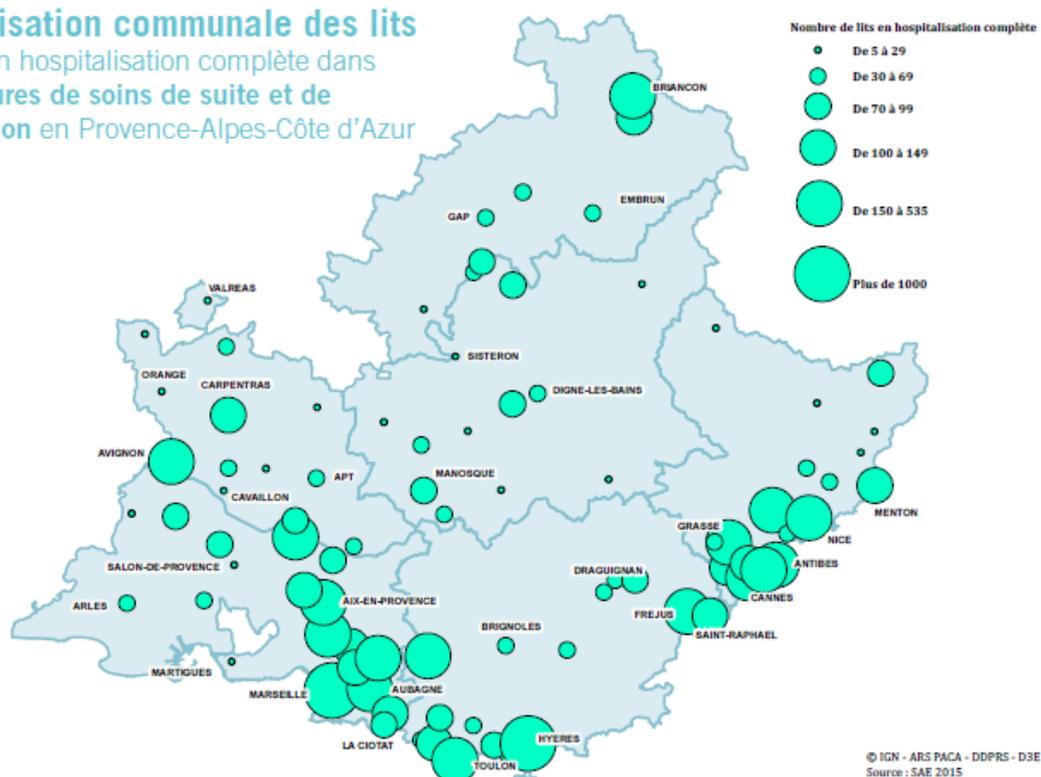
Un taux d'équipement²⁰ élevé avec une répartition infrarégionale inégale

En 2015 en région PACA, on compte 155 établissements de santé ayant une activité de SSR: ils représentent 9,3% des établissements français ayant une activité SSR et 10,4% de l'activité nationale (3,9 millions journées en 2015).

¹⁹ Définition OMS

²⁰ Le taux d'équipement concerne les lits et places adultes et enfants

Localisation communale des lits
installés en hospitalisation complète dans
les structures de soins de suite et de
réadaptation en Provence-Alpes-Côte d'Azur



SSR : Taux d'équipement, lits et places publics et privés installés au 31.12.2015.

Zone géographique / Disciplines soins de suite	PACA	ALPES DE HAUTE PROVENCE	HAUTES ALPES	ALPES MARITIMES	BOUCHES DU RHONE	VAR	VAUCLUSE	France METRO-POLITAINE
Hospitalisation complète (lits)								
Secteur public	2 120	129	76	498	311	673	433	41 278
Secteur privé	9 121	333	816	1 884	3 899	1 878	311	62 258
Hospitalisation partielle (places)								
Secteur public	145	10	0	32	22	78	3	3 166
Secteur privé	1006	10	36	157	576	194	33	8 259
Ensemble hospitalisation (lits et places)	12 392	482	928	2 571	4 808	2 823	780	114 961
Taux d'équipement global en lits et places pour 1000 habitants	2.5	3.00	6.6	2.4	2.4	2.7	1.4	1.8

Source : DREES, SAE

En PACA, 1 établissement SSR sur 2 est un établissement privé à but lucratif. Ces derniers prennent en charge 64% de l'activité régionale ; 21% de l'activité régionale est prise en charge par des établissements privés d'intérêt collectif, le reste par les établissements publics de santé.

L'activité des établissements de SSR a été de 3 928 533 journées en 2015 (source ATIH).

36% des établissements de PACA sont implantés dans les Bouches du Rhône, ces derniers concentrant 43% de l'activité régionale. Les établissements des Alpes Maritimes prennent en charge 21% de l'activité régionale et ceux du Var 19%. Concernant le département du Vaucluse, le taux d'équipement est en revanche presque deux fois inférieur au taux régional (14,2 contre 25 pour 10 000 habitants).

L'activité augmente dans l'ensemble des départements, excepté dans le département des Hautes Alpes où cette dernière diminue très légèrement (recomposition de l'offre en cours).

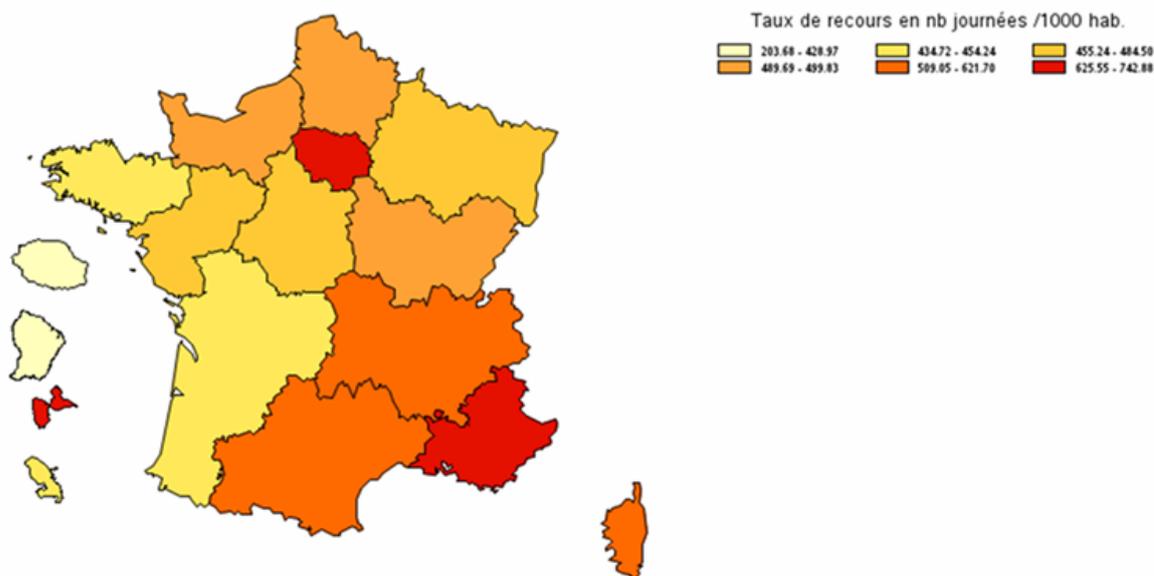
Un taux de recours élevé en PACA

La région PACA se caractérise par un taux régional standardisé de recours²¹ (636,10journées) supérieur à la moyenne nationale (524,52 journées) en hospitalisation complète (HC) tout en ayant un taux régional standardisé de recours important en hospitalisation partielle (HP) (69,75 journées) supérieur à la moyenne nationale (56,18 journées).

Taux de recours SSR par Région - nb journées 2015 / pop 2013 - Taux Standardisé

Hospitalisation Partielle/Complète - HC : Hospitalisation complète

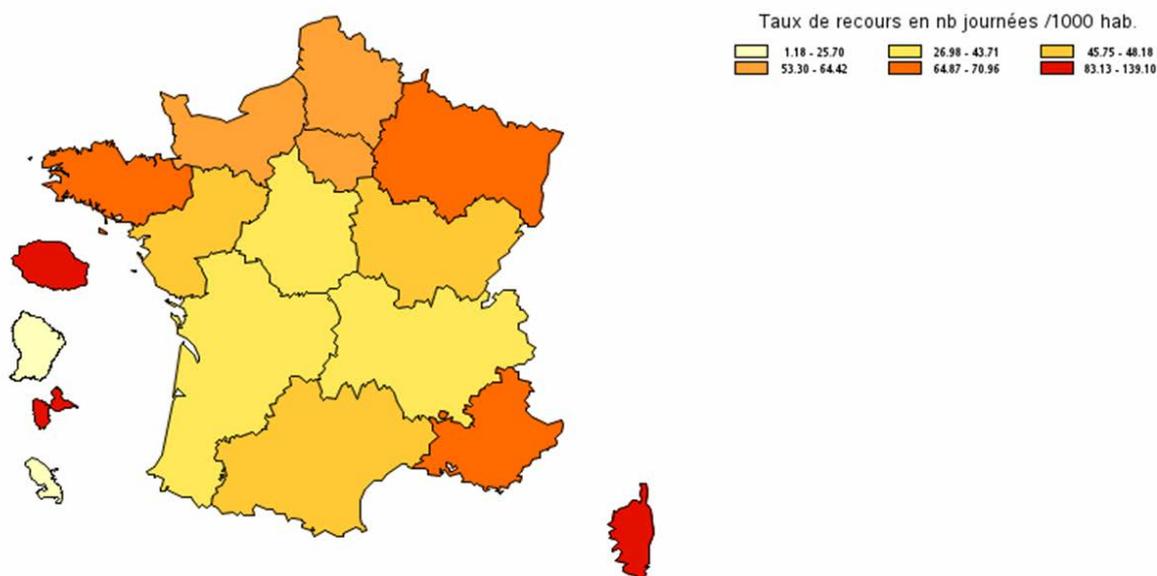
Taux de recours national : 524,52



Source: ATIH

²¹ Taux de recours standardisé : nombre de journées pour 1000 habitants, standardisé sur l'âge et le sexe

Taux de recours SSR par Région - nb journées 2015 / pop 2013 - Taux Standardisé Hospitalisation Partielle/Complète - HP : Hospitalisation partielle (jour,nuit,séances) Taux de recours national : 56,18



Source : ATIH

Deux départements ont des taux de recours standardisés particulièrement importants : les Alpes de Haute Provence et les Hautes Alpes.

Une activité en hausse et un virage ambulatoire engagé

En 2015, en région PACA, l'activité continue de progresser (+2,3%) mais de façon moins importante qu'au niveau national (+3%)

En 2015, la prise en charge en hospitalisation à temps partiel représente 9,1% de l'activité régionale et l'hospitalisation complète 90,9 %.

L'activité en hospitalisation partielle a augmenté de manière plus importante (+15,6% contre 8,4% en moyenne nationale) qu'en hospitalisation complète (+1,1% contre 2,4 % en moyenne nationale) ; cependant des marges de progrès existent compte tenu de l'évolution des pratiques.

Deux départements ont plus particulièrement développé la prise en charge ambulatoire : les Bouches-du-Rhône et le Var.

Au niveau régional, l'activité SSR concerne pour 39% des patients d'au moins 80 ans et pour 23% des patients âgés de 40 à 64 ans ce qui diffère peu des caractéristiques nationales. La croissance régionale en volume est essentiellement due à la hausse des prises en charge des patients âgés d'au moins 80 ans.

Enjeux

Identifier les ruptures ou problématiques du secteur

Les ruptures ou problématiques du secteur SSR sont liées :

- d'une part à l'évolution de leur environnement,
 - en amont, l'évolution des services de soins aigus,
 - en aval, le déficit d'équipements en structures médico-sociales (handicap, personnes âgées),

- d'autre part à l'évolution des prises en charge et la nécessité de répondre aux ruptures identifiées :
 - accentuation du suivi post SSR par les professionnels libéraux reposant sur le développement de collaborations mais pour lesquelles l'exercice libéral isolé et non coordonné peut constituer un frein,
 - manque de suivi et coordination du parcours des patients entre soins aigus/SSR/retour à domicile ou en établissement médico-social,
 - recours inapproprié au SSR au regard des recommandations de bonnes pratiques.

S'adapter aux évolutions

L'activité de SSR sera impactée par des évolutions d'ores et déjà constatées ou prévisibles en termes d'épidémiologie, de démographie, d'innovations techniques, thérapeutiques, de pratiques ainsi que de démographie des professionnels de santé :

- La transition épidémiologique avec une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques qui nécessitent des prises en charge au long cours (cancer, maladies neuro-cardiovasculaires, maladies neurodégénératives, pathologies liées au surpoids et à l'obésité...) et l'importance des patients porteurs de polyopathologies.
- L'évolution démographique avec un vieillissement de la population.
- Des innovations techniques, thérapeutiques en amont des SSR (notamment techniques en chirurgie de réadaptation améliorée après chirurgie-RAAC) qui vont modifier le profil des patients ayant recours aux SSR: sortant plus précocement des services aigus, avec des thérapeutiques plus onéreuses ou nécessitant des actes plus techniques. Ceci entraîne une adaptation et un repositionnement progressif des SSR spécialisés, voire une nécessaire réflexion sur la reconnaissance de nouvelles « spécialisations » comme la prise en charge des cancers.
- L'évolution des organisations du système de santé.
 - virage vers «la préférence ambulatoire» y compris pour les SSR,
 - des organisations plus graduées (gradation des plateaux techniques),
 - la nécessité de concilier l'expertise, la ressource avec la prise en charge de proximité,
 - la nécessité de décloisonner et coordonner les différents acteurs,
 - l'évolution et les perspectives d'utilisation des systèmes d'information,
 - la démographie médicale, pour le moment favorable en PACA mais vieillissante et dont la répartition selon les départements est hétérogène,
 - l'évolution en conséquence des pratiques, avec le développement des délégations de tâches et de nouveaux métiers,
 - l'évolution sociétale: le patient 2.0, utilisant des dispositifs de surveillance connectés, ayant un accès facilité à l'éducation thérapeutique, ainsi que l'implication de patients experts.

Objectifs opérationnels

Objectif 1. Poursuivre et augmenter le recours aux solutions alternatives à l'hospitalisation complète

Objectif 2. Améliorer la pertinence du recours au SSR et l'efficacité des structures de SSR

Objectif 3. Anticiper les impacts des innovations médicales, technologiques, thérapeutiques

Objectif 4. Redonner tout leur sens aux mentions spécialisées

Objectif 5. Mieux organiser et prendre en compte la réponse à des besoins de prises en charge spécifiques

Objectif 1 : Poursuivre et augmenter le recours en ambulatoire

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel à partir des capacités d'hospitalisation à temps plein sera privilégié compte tenu de l'évolution des pratiques de prise en charge et du contexte de taux d'équipement important en hospitalisation à temps complet.

- Optimiser l'offre ambulatoire

Favoriser un parcours progressif fluide des patients, de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour (HDJ) puis le retour à domicile, avec appui des professionnels de santé de ville.

- En développant les HDJ existantes en fonction de l'évolution des pratiques y compris à partir de l'hospitalisation temps plein pour apporter une réponse de proximité au plus près du domicile des patients.
- En favorisant le développement de structures alternatives à l'hébergement comme les hôtels hospitaliers, en fonction de l'évaluation des expérimentations en cours.
- En proposant une offre ambulatoire dans la plupart des mentions spécialisées et dans la plupart des territoires (sauf cas particulier de mention ayant le caractère de recours régional) en privilégiant les zones de forte densité de population, facilement accessibles et en complémentarité des dispositifs existants comme ceux de l'assurance maladie (PRADO).

- Accompagner le virage ambulatoire par la formation des professionnels

Notamment par des formations sur l'organisation des flux de patients entre les différents types de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel...).

Objectif 2 : Améliorer la pertinence du recours aux SSR et l'efficacité des structures de SSR

- Encourager les projets de regroupement²² de l'offre de santé en SSR dans un objectif double

- De qualité : favoriser tout projet de regroupement des structures de soins de suite avec les plateaux de court séjour le plus souvent urbains afin d'améliorer le parcours du patient et le fonctionnement en filière, en particulier pour une meilleure synergie avec des établissements de SSR spécialisés appelés à prendre en charge des patients en post aigu précoce.
- D'efficacité : permettre aux établissements de répondre aux normes et recommandations (plateaux techniques, compétences humaines...) en se regroupant afin de mutualiser et optimiser les plateaux techniques et autres services supports. Il est souhaitable de rechercher l'efficacité des structures pouvant déployer un volume d'activité significatif selon que la structure est adossée à une structure de soins aigus (médecine, chirurgie) ou qu'elle exerce une activité de SSR exclusive.

L'ARS sera vigilante à la répartition infrarégionale de l'offre SSR

- Fluidifier le parcours des patients

- En développant des outils de communication entre professionnels de santé en particulier entre les professionnels libéraux et les établissements

²²Code de la santé publique : Article L.6122-6 -Modifié par [Ordonnance n°2018-21 du 17 janvier 2018 - art. 1](#) : « Le regroupement mentionné à l'article [L. 6122-1](#) consiste à réunir en un même lieu tout ou partie des activités de soins précédemment autorisées sur des sites distincts à l'intérieur de la même région ou réparties entre plusieurs régions ».

- En permettant l'ouverture des plateaux techniques spécialisés aux professionnels libéraux dans une logique d'attractivité et d'efficience
 - En garantissant l'accessibilité économique aux SSR (notamment aux personnes en situation de précarité (voir PRAPS)).
- **Améliorer la pertinence des admissions en SSR**
 - Généraliser l'utilisation du logiciel d'orientation des patients et poursuivre son optimisation,
 - Améliorer l'adéquation des orientations en renforçant la formation des médecins adresseurs par l'élaboration et la diffusion de «guides».
 - **Améliorer la fluidité des sorties de SSR**
 - Améliorer les liens entre professionnels des établissements et professionnels libéraux : établir une cartographie des compétences spécialisées des professionnels libéraux,
 - Mieux organiser la coordination de l'aval : au niveau de chaque territoire organiser des rencontres entre la MDPH, les services du Conseil Départemental et les établissements pour une meilleure fluidité dans l'orientation post SSR (organisation du retour à domicile, mesures de protection juridique ...).
 - **Objectiver les modalités de collaboration et de partenariat entre les secteurs aigus (médecine, chirurgie), SSR et médico-social**

Les projets d'établissements et/ou les contrats d'objectifs et de moyens devront mentionner l'organisation des collaborations et la place dans les filières.
 - **Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins**
 - Favoriser les échanges de pratiques en particulier en matière d'éducation thérapeutique du patient
 - Veiller à la bonne prise en compte par les établissements de leur rôle en matière de réinsertion sociale.
 - **Accompagner les établissements dans leurs évolutions**
 - Dans la mise en œuvre de la réforme du financement des activités de SSR : il s'agit de favoriser une meilleure qualité de remplissage du PMSI et d'optimiser le codage PMSI.
 - Dans leur adaptation aux besoins en particulier lorsque des conversions d'activité vers le secteur médico-social sont envisagées.

Objectif 3 : Anticiper les impacts des innovations médicales, technologiques, thérapeutiques

- Encourager les expérimentations de nouvelles pratiques permises par les innovations technologiques et organisationnelles : délégations de tâches, rôle des Activités physiques adaptées (APA), organisation de l'éducation thérapeutique.
- Ouvrir les établissements sur leur environnement : expérimenter des équipes mobiles externes de SSR, notamment pour la prise en charge des cas complexes.
- Passer d'une logique de structure à une logique de parcours patient et permettre le recours à des avis spécialisés de médecine physique et réadaptation (MPR) pour les professionnels libéraux ou du secteur médico-social(en direct ou à distance : téléconsultation, télé médecine) en particulier pour des cas complexes
- S'adapter à l'évolution des pratiques en amont du SSR: admission pré chirurgie dans le cadre de la RAAC.

- Adapter les SI des établissements aux prises en charge et au suivi à distance des patients grâce aux objets connectés
- Renforcer la prise en charge des soins palliatifs en SSR et favoriser l'accès des équipes mobiles de soins palliatifs dans les SSR.

Objectif 4: Conforter le rôle des établissements avec mentions spécialisées

L'activité de SSR en établissement se distingue de la prise en charge à domicile par la technicité des plateaux de rééducation et la multidisciplinarité des rééducateurs et des médecins spécialistes.

En même temps qu'elle s'inscrit dans un parcours où les traitements sont plus articulés, elle fait face à la tendance générale de devoir assurer un service de proximité, une plus grande spécialisation dans certains domaines, avec en corollaire une gradation des services et l'émergence d'établissement avec des plateaux ou des compétences de haute technicité assurant une fonction d'expertise.

Les établissements spécialisés doivent aussi pouvoir s'inscrire dans des protocoles de recherche en lien avec les universités.

Niveau de proximité	Niveau intermédiaires de recours	Niveau spécialisé/régional/plateaux techniques lourds
<p>Les structures polyvalentes</p> <p>Toutes les structures autorisées en SSR réalisent au minimum un accueil de proximité dans le cadre du SSR polyvalent :</p> <p>Soins médicaux, rééducation et réadaptation</p> <p>Actions de prévention et d'éducation thérapeutique</p> <p>Préparation et accompagnement à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle</p>	<p>Les structures spécialisées de recours territorial assurent à minima la prise en charge de proximité et la/les prise(s) en charge spécialisée(s) pour lesquelles ils sont autorisés en qualité de référent territorial pour la spécialité concernée</p>	<p>Les structures spécialisées de recours régional assurent à minima la prise en charge de proximité, la prise en charge de recours territorial et la/les prise(s) en charge spécialisée(s) pour lesquelles ils sont autorisés en qualité de référent régional pour la/les spécialité(s) concernée(s)</p>

Pour ce faire deux principes doivent être appliqués :

- un strict respect des conditions techniques et de compétences réglementaires,
- le respect des recommandations de bonnes pratiques (HAS et sociétés savantes).

Lorsque ces principes ne peuvent être respectés, une conversion des établissements devra être envisagée au regard de l'activité réalisée, de la population accueillie et d'une étude des besoins du territoire concerné, notamment dans le champ du handicap ou des personnes âgées.

SSR polyvalent

La production des SSR polyvalents représente 47,76 % en HC et 29,45 % hors HC de la production totale de SSR.

La part des plus de 75 ans est plus importante en SSR polyvalents (57,11%) qu'au global (50,52%), ce qui n'est pas le cas pour les prises en charge hors HC qui est relativement stable autour de 8 % pour les plus de 75 ans.

Les établissements de SSR polyvalent doivent se situer au niveau proximité et :

- s'inscrire dans le parcours de soins des patients pris en charge en court séjour et SSR spécialisés,
- s'articuler avec toutes les structures du maintien et du retour à domicile (libéraux, services de soins infirmiers à domicile, établissements médico-sociaux...).

SSR avec mention prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée poly-pathologique (PAP)

Les personnes de plus de 75 ans représentent 50 % des séjours en hospitalisation complète de la région. Elles présentent majoritairement des problématiques liées au système ostéo-articulaire (36,42%) et secondairement à des affections du système nerveux (13,66%), à des affections de l'appareil circulatoire (13,14%), à d'autres motifs notamment les soins palliatifs (9,10%) et les affections de l'appareil respiratoire (7,48%).

Les établissements de SSR PAP doivent apporter au niveau du territoire (du département ?) une réponse au vieillissement de la population et contribuer à la qualité du parcours de la personne âgée.

Ils se situent au niveau de recours en s'inscrivant dans les filières gériatriques (médecine gériatrique, équipe mobile de gériatrie, unité cognitivo-comportementales dans les SSR, unité de long séjour, soins palliatifs...) et en proximité fonctionnelle des services de court séjour gériatrique.

Ils offrent dans les territoires en particulier urbains une réponse d'hospitalisation de jour en réadaptation gériatrique pour les patients fragiles, pour retarder la perte d'autonomie par des prises en charge préventives (séances de kinésithérapie, des ateliers mémoire, des repas thérapeutiques, des "parcours antichute") assurées par des professionnels de rééducation et en se fondant sur des programmes validés. Ils assurent également des prises en charges spécialisées notamment dans les domaines de l'ortho gériatrie, l'oncogériatrie, les plaies complexes...

SSR avec mention prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestifs métaboliques et endocriniens (SDME)

Ces établissements doivent assurer la prise en charge de toutes les pathologies relevant de cette spécialité notamment les obésités sévères et/ou morbides, les dénutritions sévères, les patients avant ou après une intervention chirurgicale complexe ou une greffe, les pathologies hépatiques.

En PACA, l'obésité est le groupe nosologique (GN) qui produit le plus grand nombre de séjours en hospitalisation complète (6,13 % des séjours) et le diabète fait partie des 20 GN majoritaires des séjours en HC.

La région doit faire face au besoin lié à l'épidémiologie de l'obésité, l'enjeu est donc d'adapter le dispositif au besoin régional, dans un contexte où la région a une attractivité extrarégionale importante. Cette adaptation doit prendre en compte l'évolution des pratiques et les référentiels de la HAS. L'offre proposée devra être diversifiée, privilégiant la prise en charge ambulatoire, l'accès à l'hospitalisation complète étant réservée aux patients atteints d'obésité majeure et/ou compliquée, et articulée en amont avec les services aigus spécialisés (Centres spécialisés de l'obésité-CSO) et les professionnels libéraux. L'éducation thérapeutique et la pertinence des actes sont fondamentales pour la qualité des soins dans ce domaine.

Les SSR avec mention spécialisée SDME doivent se situer en niveau de recours et s'inscrire dans les filières (prise en charge de l'obésité, greffes...).

SSR avec mention prise en charge spécialisée des affections respiratoires

- Une part importantes des journées en HC (40,39%) est liée aux insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives, et secondairement aux infections broncho-pulmonaires (18,91%) et aux asthmes (17,41%).
- La majorité des journées hors hospitalisation complète (65,18%) est réalisée pour la prise en charge des insuffisances respiratoires chroniques et bronchopathies obstructives.
- Les établissements de SSR spécialisés dans les affections respiratoires se situent au niveau de recours, en lien avec les services de pneumologie de court séjour notamment pour une meilleure prise en charge des bronchopneumopathies obstructives.
- Ils peuvent également jouer un rôle d'expertise ou de recours régional pour certaines pathologies spécifiques (mucoviscidose, patients trachéo-ventilés...).

SSR avec mention prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires

L'offre doit évoluer au regard de l'évolution des pratiques avec une orientation préférentielle pour les modalités d'hospitalisation à temps partiel et un moindre besoin de prise en charge en hospitalisation à temps complet.

Les établissements de SSR spécialisés dans les affections cardio-vasculaires se situent au niveau de recours, à proximité et en lien avec la cardiologie de court séjour pour une meilleure prise en charge et rééducation de l'insuffisance cardiaque.

Ils peuvent également jouer un rôle d'expertise régionale pour certaines prises en charges spécifiques (amputés...).

SSR avec mention prise en charge spécialisée des affections du système nerveux

Les 3 groupes nosologiques les plus représentés sont :

- les accidents vasculaires cérébraux (34.21% des journées)
- la maladie d'Alzheimer et démences apparentées (18.79% des journées)
- les autres affections neurodégénératives (10.68% des journées)

La prise en charge des pathologies neuro-dégénératives débutantes sera préférentiellement réalisée par les professionnels libéraux, la prise en charge en établissements s'adressant aux pathologies plus évoluées.

La prise en charge des blessés médullaires dans le cadre de la filière AVC fera l'objet d'une identification ; de même seront identifiés les lits pour patients en état végétatif chronique ou pauci relationnels.

La filière de prise en charge des AVC sera mieux identifiée.

Ces établissements doivent se situer à un niveau spécialisé voire d'expertise régionale.

SSR avec mention prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur

Les 3 groupes nosologiques les plus représentés pour des patients adultes sont :

- les arthroses du genou avec implant
- les affections non traumatiques de la colonne vertébrale
- les arthroses de la hanche avec implant.

Les séjours liés aux fractures du fémur concernent majoritairement les personnes âgées de 75 ans et plus.

Les établissements de SSR spécialisés dans les affections de l'appareil locomoteur se situent au niveau de recours, l'offre doit évoluer au regard de l'évolution des pratiques avec une orientation préférentielle pour les modalités d'hospitalisation à temps partiel et un moindre besoin de prise en charge en hospitalisation à temps complet.

SSR avec mention prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives

Ces établissements doivent être situés à un niveau d'expertise, en lien avec les autres dispositifs de prise en charge des conduites addictives.

SSR avec mention prise en charge spécialisée des brûlés

Ces établissements doivent être situés à un niveau d'expertise, en lien avec les structures de prise en charge de la phase aiguë. Une prise en charge spécialisée précoce est un facteur important pour optimiser le pronostic fonctionnel ; aussi la filière sera mieux identifiée pour permettre une orientation privilégiée et précoce vers ces établissements.

SSR avec mention prise en charge spécialisée des affections onco-hématologiques

Ces établissements prennent en charge les hémopathies malignes de l'adulte.

Ils se situent à un niveau d'expertise, en lien avec la filière de soins hématologiques.

Objectif 5 : Mieux organiser et prendre en compte la réponse à des besoins de prises en charge spécifiques

Certaines pathologies ou états spécifiques nécessitent des prises en charges particulières. Les établissements qui assurent ces prises en charges doivent être mieux identifiés pour faciliter la bonne orientation des patients qui en relèvent.

Cette identification sera réalisée par voie contractuelle. Il s'agit :

- De la prise en charge des patients en phase d'éveil de coma.
- De la prise en charge des patients en état végétatif persistant ou pauci relationnel (EVC-EPR)
- De la prise en charge en soins palliatifs.
- De la prise en charge en unité cognitivo-comportementale (UCC).

En outre, l'évolution des pratiques en cancérologie conduit à admettre en établissement des patients plus précocement, avec des dispositifs techniques et des thérapeutiques onéreuses.

Les établissements habilités au traitement du cancer souhaitent logiquement travailler avec des structures identifiées comme centres ressources du fait la technicité de leur plateau technique, de compétences très spécifiques de leurs équipes, de l'accueil de patients présentant des pathologies complexes et/ou peu fréquentes, ou de leur engagement dans des activités de recherche.

Un cahier des charges pourra éventuellement définir les conditions à remplir pour bénéficier de cette identification.

Résultats attendus

Dans ce contexte, y compris de contraintes économiques, les établissements de SSR sont amenés à penser :

- Leurs organisations internes : gestion des compétences, optimisation de plateaux techniques,...
- Leurs modes de prises en charge : préférence pour des prises en charges en ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation complète, éducation thérapeutique du patient,...
- Les prises en charge particulières notamment pour les patients en état végétatif chroniques ou pauci-relationnels (EVC-EPR) les patients nécessitant des soins prolongés complexes, des soins palliatifs ...

- Leurs modes de collaboration avec leurs partenaires en amont et en aval de la prise en charge : filières de soins structurées avec différentes structures, organisation de parcours avec le secteur médico-social et la ville, ouverture des plateaux techniques, activité physique adaptée, place des associations,...
- Leur panel d'activité en s'ouvrant sur le secteur libéral : développement de services médico-sociaux, équipes mobiles, ...
- L'intégration des nouvelles technologies dans la prise en charge de patients, et l'utilisation de la télémédecine.
- L'amélioration de la qualité et la pertinence des prises en charge, ce pourra contribuer à la diminution du volume d'hospitalisation complète et à l'adaptation du volume capacitaire des établissements.

L'activité de SSR doit être en capacité d'accueillir des patients sortant plus tôt des services de soins aigus avec des soins techniques plus lourds ou des thérapeutiques plus onéreuses, notamment en oncologie. Les établissements devront accentuer leur offre d'alternative à l'hospitalisation complète, pour répondre à l'évolution des services de soins aigus et à la préférence du public pour une prise en charge plus courte, avec des possibilités de poursuivre à domicile une rééducation entamée en établissement.

Ils devront offrir à la fois un service de proximité en particulier pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie mais aussi proposer des plateaux techniques spécialisés et gradués pour une offre de recours et/ou d'expertise et offrir des avis spécialisés de médecine physique et de réadaptation (MPR) pour le secteur médico-social.

Les évolutions technologiques font aussi évoluer la spécialisation des équipements de rééducation et leur coût rendant incontournable une gradation des établissements en particulier pour des plateaux techniques hyperspécialisés.

Les établissements de SSR devront s'ouvrir à plus de collaboration avec les professionnels libéraux, au besoin en facilitant leur accès aux plateaux de rééducation et se positionner activement pour offrir une éducation thérapeutique de qualité.

Les liens avec les associations de patients seront renforcés dans le cadre du soutien qu'elles apportent aux patients en particulier pour les pathologies chroniques.

3.3.4 Unités de soins de longue durée

Contexte

Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Les patients en USLD requièrent des soins médicaux et techniques importants (SMTI) et correspondent à un profil T2 au sens du pathos.

L'Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée comme d'ailleurs la circulaire de 2007 intègrent les USLD dans la filière gériatrique.

Actuellement au 31.12.2017, la région PACA compte 45 USLD autorisées, pour 1813 lits actifs, dont trois USLD qui n'ont pas encore été mises en œuvre.

Si l'on prend en compte l'installation des 60 lits à venir, ce seront 1873 lits d'USLD qui seront disponibles prochainement sur PACA.

Tableau 1 : bilan des implantations USLD PRS 1

Territoire de santé	Implantation 2011	Implantation 2016	Autorisations au 31.12.2017
Alpes de haute Provence	2	2	2
Hautes Alpes	4	4	4
Alpes Maritimes	10	10	9
Bouches du Rhône	13	12+1*	12+1*
Var	11	11	11
Vaucluse	6	6	6
Total Région	46	46	45

*besoin exceptionnel

L'analyse départementale du taux d'équipement sur la base des lits USLD existants au 31.12.2017 et le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus met en évidence des écarts entre départements. Le département des Hautes Alpes avec un ratio de 8.79 présente un particularisme fort et ce depuis plusieurs années.

Tableau 2

Département	Nombre lits installés	Population 75 ans et plus (2013)	Taux d'équipement pour 1000 PA 75 ans et +
Alpes de Haute Provence	71	18 824	3.7
Hautes Alpes	135	15 347	8.7
Alpes maritimes	385	131 089	2.9
Bouches du Rhône	506*	185 954	2.7**
Var	466	120 902	3.8
Vaucluse	250	53 716	4.6
PACA	1813	525832	3.4***

*sans tenir compte des 60 lits autorisés au 31.10.2017 mais non encore installés

**le ratio passerait à 3 une fois les installations réalisées

***le ratio passerait à 3 une fois les installations réalisées

Evaluation des besoins

L'analyse des besoins est multifactorielle. Elle prend en compte :

- **La projection et l'approche démographique**

Le vieillissement important de la population en PACA dans les 30 années à venir laisse augurer de forts besoins, si l'on se réfère à la population des personnes de plus de 75 ans.

Tableau 3 : évolution démographique de la population

Département	Population 75 ans et plus 2013	Population totale 2013	Part des 75 ans et + 2013 (%)	Population totale 2050*	Population n75 ans et + 2050	Part des 75 ans et + en 2050 (%)
Alpes de Haute Provence	18 824	161 916	11	179 000	39 920	22.3
Hautes Alpes	15 347	139 279	11	160 100	36 960	23.1
Alpes maritimes	131 089	1 080 771	12	1 118 000	221 360	19.8
Bouches du Rhône	185 954	1 993 177	9.3	2 145 000	351 780	16.4
Var	120 902	1 028 583	11.7	1 132 000	236 590	20.9
Vaucluse	53 716	53 716	9.7	593 300	112 670	19
Total PACA	525 830	4 953 675	10	5 327 000	999 280	

Source : Omphale 2017, scénario central

- **L'impact de la prévention, du repérage de la fragilité et de l'organisation des soins pour le maintien à domicile**

Le développement des actions de prévention, de repérage de la fragilité et de la perte d'autonomie, de l'éducation thérapeutique ainsi que l'évolution de l'organisation du panier de services dans le champ du premier recours permettront sans doute un vieillissement de meilleure qualité des personnes.

L'aide des outils connectés, de la domotique, le développement de la silver économie devraient participer à un maintien à domicile tardif ainsi qu'à un meilleur suivi des patients chroniques. Les patients des années futures seront probablement plus connectés qu'aujourd'hui et seront ainsi plus acteurs de leurs prises en charge. La qualité de la prise en charge ambulatoire reste conditionnée cependant à la structuration de la réponse des professionnels de santé du 1^{er} recours et à la démographie médicale.

- **L'ensemble de l'offre existante sur le territoire**

Les USLD constituent un maillon de la filière gériatrique. A ce titre elles s'attachent à tisser des collaborations avec les autres acteurs de la filière tels que court séjour gériatrique, EMG, SSR gériatriques, hôpital de jour gériatrique, les EHPAD et les équipes de soins de proximité. L'enjeu est d'éviter les ruptures dans le parcours de la personne et de favoriser la continuité des soins et du projet de vie de celle-ci.

Ainsi il est important de continuer à veiller à :

- développer les coordinations formalisées avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et les réseaux de santé ;
- favoriser la complémentarité des prises en charge en USLD et en établissement médico-social,
- promouvoir un projet de soins associé à un projet de vie personnalisé, dans le respect et les choix de la personne soignée ;
- favoriser les liens et les échanges inter-professionnels et inter-établissements afin de renforcer l'acquisition et la transmission des savoirs et des pratiques communes.

Actuellement, la plupart des USLD existantes se trouvent implantées à proximité immédiate de structures médicosociales et/ou sanitaires. De véritables complémentarités se sont structurées ce qui témoigne de la prise en compte de ces recommandations.

- **La qualité et l'efficience de l'offre actuelle**

La charge en soins est évaluée par la coupe pathos ; la dernière coupe pathos des USLD date de l'origine de la réforme des USLD.

Il est donc prioritaire de procéder à une actualisation des PMP des USLD afin de vérifier l'adéquation des prises en charge en lien avec leurs missions.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il est proposé de :

- Réaliser un diagnostic partagé sur le positionnement actuel des USLD : publics pris en charge, focus sur les personnes de moins de 60 ans, personnes requérant des soins de longue durée mais actuellement dans d'autres structures, adéquation de l'offre de soins par rapport aux besoins.
- Elaboration d'un plan d'action régional partagé sur les évolutions nécessaires de ces unités, sur la base du diagnostic régional et des orientations nationales en cours d'élaboration : positionnement dans l'offre de soins hospitalière, maillage territorial, redimensionnement au regard des besoins, réponse apportée dans le parcours de soins de ces personnes.
- De maintenir le nombre d'implantations actuelles sur la région
- D'étudier au cas par cas des augmentations de capacités à partir des USLD existantes après analyse du besoin, compte tenu de l'offre de proximité existante, et après vérification de la charge en soins de la structure demandeuse.

3.3.5 Soins palliatifs

Contexte

Ayant un impact démontré sur la qualité de vie et même sur l'espérance de vie des patients, les soins palliatifs doivent être repérés et débutés suffisamment tôt.

Une des problématiques soulignées par les acteurs impliqués dans le soin palliatif est le manque de solutions de lits d'aval de longue durée pour les patients dont l'entrée en soins palliatifs se fait plus précocement et ne correspond pas aux soins palliatifs dits «terminaux». Ces patients ont une charge

en soins, une complexité médicale et/ou sociale qui rend impossible leur retour à domicile ou l'orientation vers le secteur médico-social ou de SSR. Ils ont des DMS «trop longues» pour les USP MCO et ne relèvent pas non plus du cahier des charges des Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC).

La prise en charge palliative concerne des affections évidentes comme le cancer mais également des maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque, respiratoire et des maladies neurologiques et neurodégénératives. Toutes les catégories de populations sont concernées mais une attention particulière doit être portée :

- aux sujets âgés étant donné la fréquence des situations palliatives avec le vieillissement,
- aux enfants, adolescents et jeunes adultes devant la particularité et la complexité potentielle de situations de fin de vie dans cette catégorie d'âge.

Avec l'amélioration des traitements notamment en oncologie, les soins palliatifs sont désormais de deux types différents :

- Des soins palliatifs de fin de vie (définition actuelle et mode de financement existant).
- Des soins palliatifs longs accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques sans solution thérapeutique avec une durée de plusieurs semaines à plusieurs mois et peut-être parfois quelques années.

Dans ces cas-là, l'accompagnement palliatif par des soins de support améliore considérablement la qualité de vie. Ce type d'accompagnement sera à développer dans les prochaines années.

Les soins palliatifs s'adressent à toutes les personnes, quel que soit leur âge, vivant avec une (des) affection(s) médicale(s) chronique(s) ou récidivante(s) qui altèrent leur fonctionnement quotidien ou diminuent leur espérance de vie.

La prise en charge en soins palliatifs fait l'objet d'une attention rapprochée au cours des dernières années, comme en témoignent la loi Claeys-Leonetti du 3 février 2016 et le plan national soins palliatifs 2015-2018. Cette loi permet de déployer les modalités des "directives anticipées" des personnes concernées et l'application du droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Le Plan national soins palliatifs 2015-2018 comprend 4 axes déclinés en 14 mesures et 40 actions :

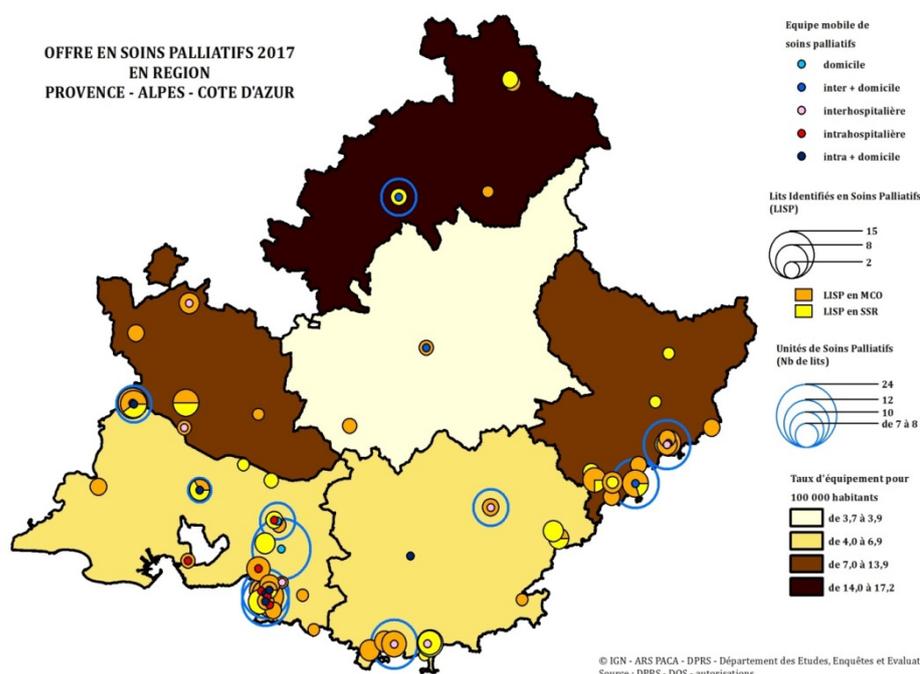
- Axe 1 Informer le patient, lui permettre d'être au centre des décisions qui le concernent,
- Axe 2 Former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances,
- Axe 3 Développer la prise en charge de proximité (domicile/ EPHAD),
- Axe 4 Garantir l'accès aux SP pour tous : réduire les inégalités d'accès.

Les conditions d'autorisation des structures de soins palliatifs sont présentées dans la circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, datant maintenant de 9 ans.

Cette évolution fait suite à des constats sociétaux de patients insuffisamment écoutés et soulagés, à des descriptions de situations inadmissibles de mauvaises pratiques aboutissant à une défiance vis-à-vis du corps médical et l'expression d'une volonté de plus grande autonomie des patients.

Etat des lieux en région PACA en 2018 caractéristiques de l'offre et des besoins

	04	05	06	13	83	84
USP Unités de soins palliatifs		1 unité	2 unités	7 unités	2 unités	1 unité
Expérimentation d'une USLD				14 lits		
Lits identifiés en soins palliatifs (LISP), répartis entre MCO et SSR	6 lits	14 lits	74 lits	110 lits	59 lits	48 lits
Equipes Mobiles de soins palliatifs (EMSP)						
Réseaux de soins palliatifs	1	1	1	1	2	1

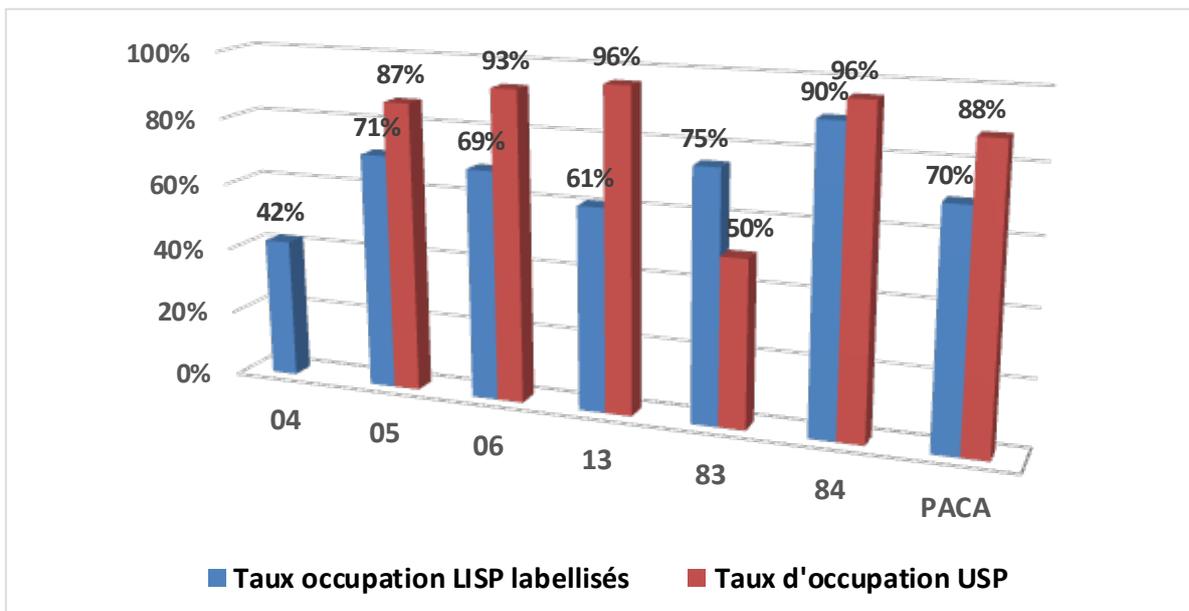


Mortalité en PACA en 2014 et estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

On estime qu'environ 60% des situations de fin de vie nécessitent un accompagnement palliatif soit 311 000 personnes par an en France, soit une estimation de 28 000 personnes par an en PACA.

Zones géographiques Données	PACA	Alpes de Haute Provence	Hautes Alpes	Alpes maritimes	Bouches du Rhône	Var	Vaucluse	France Métropolitaine
Décès	46 802	1 812	1 322	11 203	16 767	10 735	4 963	595 029
Population au 01/01/2015 estimation	4 971 622	162 510	140 030	1 081 316	2 000 466	1 035 005	522 295	63 982 078

Utilisation de l'offre de soins palliatifs

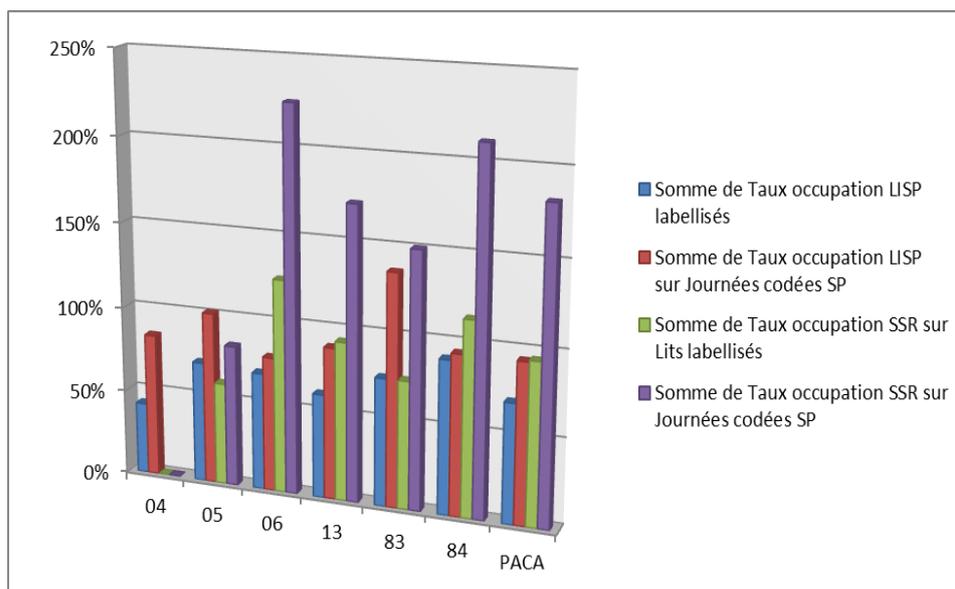


Graphique 1 : taux d'occupation des LISP en MCO et USP en PACA pour 2016.

Le taux de remplissage est globalement élevé dans les USP de la région et moindre au niveau des LISP.

Dans le graphique suivant, ont été étudiés les taux de remplissage dans les LISP MCO et LISP SSR en prenant en compte 2 catégories de codages :

- Codage Soins palliatifs (SP 7993) dans les LISP labellisés
- Codage Soins Palliatifs en dehors des LISP (SP 7994) que l'on prend en compte aussi dans le taux d'occupation des LISP labellisés.
- En MCO, même en tenant compte des codages «soins palliatifs» faits en dehors des LISP (SP 7994), le taux de remplissage ne dépasse pas 100% sauf dans le Var (colonnes rouges).
- En revanche, les LISP en SSR ont un taux de remplissage proche ou supérieur à 100% (colonnes vertes) et bien au-dessus si l'on prend les codages de SP en dehors de ces LISP (colonnes violettes) signifiant une insuffisance relative en LISP en SSR.



Graphique 2 :

taux d'occupation des LISP en MCO et en SSR en PACA pour 2016.

Ces résultats doivent être pris avec précaution car ils peuvent être biaisés par des problèmes de codage. En effet ces données ne tiennent pas compte du codage «SP» en diagnostic associé. Il serait probablement plus pertinent de corrélérer le nombre de décès dans les services possédant des LISP. Ils doivent cependant nous interroger sur l'offre en USP dans la région et une meilleure répartition des LISP, même si un des objectifs majeurs des LISP est de diffuser la culture palliative au sein des établissements.

Les soins palliatifs au domicile

Un rapport récent de l'IGAS (janvier 2017) constate une prise en charge insuffisante de l'accompagnement de la fin de vie à domicile. Les freins peuvent être liés à la situation et la demande du patient et de sa famille. Les freins viennent aussi d'une insuffisance de relai au niveau des soins de proximité, et un manque d'articulation SSIAD/HAD. Le nouveau décret attendu pour 2018 sur l'articulation SSIAD/HAD permettra d'améliorer cette coordination.

La continuité médicale et la permanence des soins ambulatoire (PDSA) restent également compliquées pour ces patients qui nécessitent parfois un transfert à l'hôpital (et souvent aux urgences) pour des urgences palliatives (détresse respiratoire, contrôle insuffisant de la douleur, syndrome occlusif,..). Certaines urgences auraient pu être évitées par une prise en charge au domicile.

Les soins palliatifs en établissement médico-social

Selon une étude parue dans le BEH du 12 décembre 2017, 13% des décès ont lieu en EHPAD. Mais seulement 8% des personnes décédées en EHPAD ont bénéficié des soins palliatifs hospitaliers.

Enjeux

L'enjeu principal concernant les USLD consiste à organiser le parcours de soins hospitalier en articulation avec la ville et le médico-social.

Objectifs opérationnels

Objectif 1. Repérer précocement les situations nécessitant des soins palliatifs

Objectif 2. Consolider l'offre en soins palliatifs

Objectif 3. Organiser les prises en charge en soins palliatifs au domicile ou en institution

Objectif 4. Structurer les coopérations dans les territoires et identifier de nouvelles solutions

Objectif 5. Améliorer la formation aux soins palliatifs

Objectif 1 : Repérer précocement les situations nécessitant des soins palliatifs

- Promouvoir le repérage précoce des patients en soins palliatifs tel que préconisé par les dernières recommandations de la HAS et grâce à l'utilisation d'outils validés, par exemple la fiche urgence PALLIA.
- Au domicile ou en ESMS, le repérage précoce des soins palliatifs devra également être promu ainsi que la mise en place de «protocoles d'anticipation» des situations d'urgence en fin de vie (action 11 du plan SP).
- Nécessité de réinvestir le rôle du médecin traitant dans le repérage des patients afin d'éviter des prises en charges tardives, et d'anticiper le recours à l'hôpital lorsqu'il est nécessaire.
- Inciter le recours aux séjours de répit en LISP pourrait répondre à la fois au souhait du patient de rester chez lui en bénéficiant toutefois d'une réévaluation de ses besoins dans une visée de trajectoire coordonnée.

Objectif 2 : Consolider l'offre en soins palliatifs

- Etudier les nouvelles demandes de LISP dans les structures MCO, en les confrontant à l'analyse des taux de remplissage actuels.
- Renforcer le maillage territorial en LISP dans les structures de type SSR (mesure 14.1 du plan national SP).
- Etudier le renforcement des USP en région et la création d'une ou 2 USP en SSR (mesure 14.1 du plan national SP).
- Promouvoir les démarches d'évaluation qualitative sous forme d'audits croisés réalisés sur les LISP MCO existants et notamment les liens avec les EMSP au sein des structures ayant des LISP (mesure 14-2 du plan national SP).

Objectif 3 : Organiser les prises en charge en soins palliatifs au domicile ou en institution

A chaque instant, la question du retour au domicile devra être posée au patient et/ou sa famille et pensée par l'équipe hospitalière. Le parcours de soins palliatifs de proximité des patients reposera sur la participation des professionnels de santé libéraux (action 8-2 du plan SP).

- **Au domicile**
 - Clarifier et éventuellement améliorer le parcours des patients en regroupant dans un même pôle (lorsque cela n'existe pas), EMSP, réseau de soins palliatif et USP. L'impression est que les dispositifs regroupés fonctionnent mieux en termes de parcours patient.
 - Des objectifs de prescription d'HAD pourront être inscrits dans les CPOM des établissements de santé et le rôle des HAD dans les soins palliatifs pourra être précisé dans les GHT
 - La place et le rôle des réseaux de soins palliatifs devront être évalués au regard des actions des EMSP.
 - Le rôle des PTA sera majeur dans la coordination des patients nécessitant une prise en charge palliative avec une collaboration avec les services hospitaliers, les USP, les HAD, les EMSP et les réseaux de SP.
 - Promouvoir le lien avec les USP et les services ayant des LISP pour les « séjours de répit » qui permettent de faciliter le retour à domicile d'un patient quand il sait qu'il peut être rapidement repris en charge par une USP ou un service disposant de LISP si son état se dégrade et ne permet plus le maintien au domicile.
- **En établissement médico-social**
 - Renforcer l'implication des infirmiers, médecins coordonnateurs d'HAD et d'EHPAD et faciliter l'accès aux dispositifs d'appui et de coordination en soins palliatifs. Cela implique une meilleure articulation entre réseaux de soins palliatifs et EMSP ainsi qu'avec les HAD.
 - Promouvoir et accompagner les recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la prise en charge des personnes âgées en EHPAD publiées en 2017 par l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).

Le développement des soins palliatifs en établissements sociaux et médico-sociaux sera facilité en fonction des résultats des travaux relatifs à la présence d'infirmières de nuit dans les EHPAD (action 9-1 du plan SP), par le développement des soins palliatifs en hospitalisation à domicile ainsi que des interventions des EMSP dans les EHPAD (action 9-2).

Renforcer la collaboration entre EHPAD et EMSP afin d'améliorer la prise en charge des patients, et de former les équipes dans un esprit de compagnonnage. Le but étant de pouvoir laisser les patients en EHPAD pour leur fin de vie dans un cadre sécurisant.

Objectif 4 : Structurer les coopérations dans les territoires et identifier de nouvelles solutions

- Renforcer la coopération des moyens spécifiques de prise en charge (USP, EMSP) entre établissements de santé et au sein des GHT.
- Réfléchir à des solutions d'accueil de patients en soins palliatifs dans des structures de longue durée ayant des moyens adaptés à une prise en charge palliative et des moyens pour les soins de support conséquents sur le plan des ressources humaines et donc financiers.
- Promouvoir les projets de modélisation des prises en charge en EHPAD impliquant les établissements de santé, les USP, équipes mobiles de soins palliatifs, de gériatrie et les HAD, comme le projet proposé par le GHT du Vaucluse.
- Expérimenter l'intervention d'infirmières de pratiques avancées en soins palliatifs au domicile du patient pour faciliter l'application des recommandations des pratiques sédatives et la prescription des molécules correspondantes (midazolam, morphine) au domicile. En effet, le médecin n'est pas toujours disponible et la délégation de tâches vers ces IDE spécialisées serait une opportunité d'améliorer la prise en charge de la fin de vie au domicile.

Objectif 5 : Améliorer la formation aux soins palliatifs

- La formation aux soins palliatifs doit être intégrée de manière systématique aux études médicales et paramédicales avec des stages obligatoires de sensibilisation pour les étudiants au sein de dispositifs spécialisés en soins palliatifs qu'ils soient hospitaliers ou tournés vers la ville (action 4-2). La réforme du troisième cycle des études médicales prévoit ainsi un stage obligatoire en SP : les services bénéficiant de LISP sont d'autant plus formateurs qu'ils concernent des patients non encore «identifiés» (repérage précoce) et démontrent la pertinence de l'acculturation dans des services de médecine dont les services de courts séjours gériatriques mais aussi des spécialités : oncologie, gastroentérologie, pneumologie, chirurgie...
- Mettre en place des équipes mobiles externes pour former et accompagner les professionnels au domicile et les aidants.
- Confier aux infirmières de pratiques avancées un rôle de formatrice pour les autres paramédicaux intervenant au domicile et de compagnonnage envers les médecins traitants, insuffisamment formés et parfois démunis dans ces situations.
- Renforcer la formation à la « démarche palliative » des personnels médicaux et paramédicaux dans les EHPAD.
- Faire connaître la formation «réfèrent fin de vie». Elle ne s'adresse pas qu'aux professions de santé (action 5-4 du plan national SP).
- Intégrer dans la formation des médecins urgentistes la gestion des «urgences palliatives», afin de repérer les situations nécessitant cet accompagnement et d'éviter des situations d'obstination déraisonnable.
- La coopération des pharmaciens des PUI et d'officines doit être développée tant du point de vue de la rétrocession hospitalière que du circuit du médicament à domicile et en EHPAD, et du conseil auprès des usagers.
- Intégrer de manière prioritaire, des formations aux soins palliatifs dans le développement professionnel continu.
- Favoriser l'accueil d'internes de médecine dans les CH généraux bénéficiant des USP et LISP.

3.4 Structurer les filières et le recours aux plateaux techniques

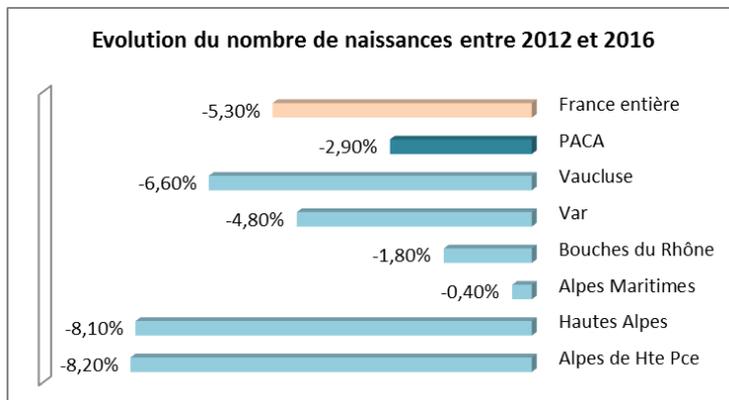
3.4.1 Périnatalité

Contexte

Depuis 2012, le nombre de naissances est en diminution au niveau régional, comme au niveau national. La tendance régionale est moins importante qu'au niveau national. Cette décroissance concerne tous les départements mais encore plus les départements alpins.

Nombre de naissances par département

	2012	2016
Alpes de Hte Pce	1 262	1 158
Hautes Alpes	1 483	1 363
Alpes Maritimes	12 354	12 299
Bouches du Rhône	27 257	26 753
Var	9 568	9 111
Vaucluse	7 894	7 371
PACA	59 818	58 055
France entière	818 382	775 231



Le recours à l'IVG reste élevé en 2016 mais stable, avec un taux de 20,4 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans. L'accès est globalement satisfaisant, mais doit être consolidé pendant les périodes estivales.

La pratique des césariennes reste à un niveau élevé, au-dessus du taux moyen national (21% vs 20%), bien qu'elle soit en diminution depuis 2012.

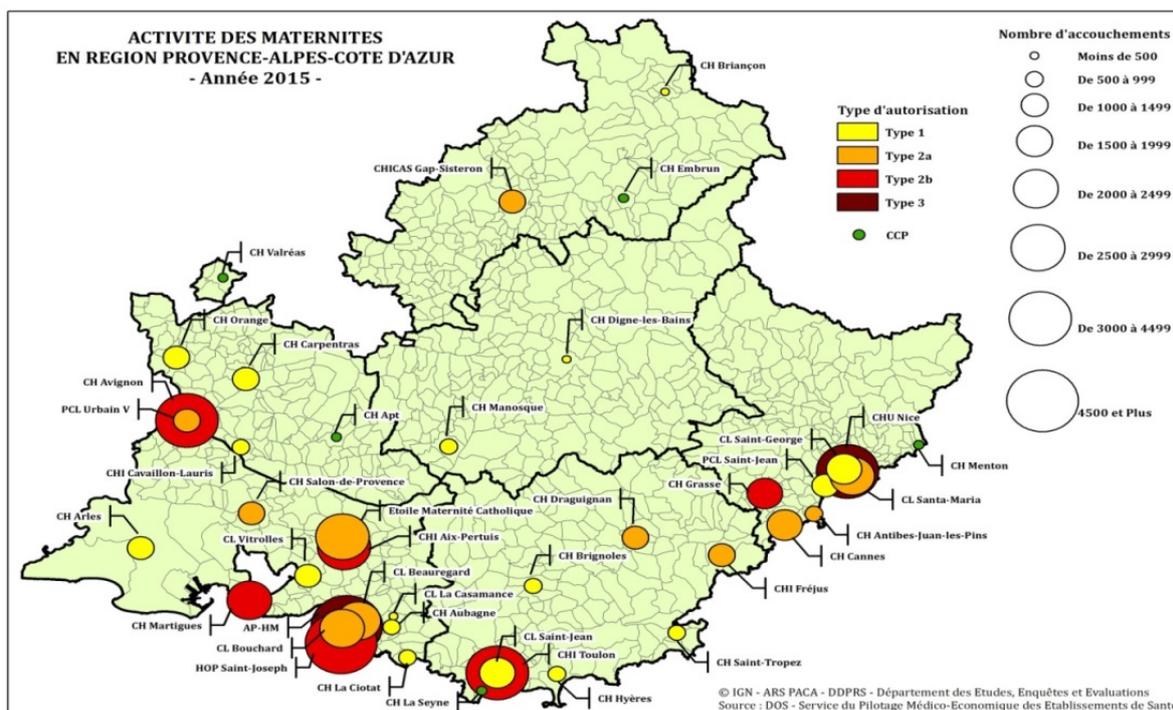
La durée de séjour en maternité décroît aussi bien pour les accouchements par voie basse (4,17 jours) que pour les césariennes (6,56 jours). Cette durée de séjour, inférieure à celles du niveau national, reste néanmoins très supérieure à celles des autres pays européens.

L'activité de néonatalogie est en croissance. 7% des naissances sont prématurées (moins de 37 semaines d'aménorrhée), dont 20% sont des cas de grande prématurité (moins de 33 semaines d'aménorrhée).

Caractéristiques de l'offre

L'organisation régionale de l'offre de maternité est constituée de 38 sites de maternité et 5 centres périnataux de proximité, dont 3 maternités de niveau 3 (2 sur l'AP-HM, 1 sur le CHU de Nice), 4 maternités de moins de 500 accouchements, 6 maternités de plus de 2500 accouchements. La répartition d'activité entre les secteurs publics et privés est stable : 64% des accouchements sont réalisés dans les établissements publics de santé, 23% dans le secteur privé et 13% dans le secteur privé non lucratif.

L'équipement régional en lits de réanimation néonatale est inférieur au nombre théorique issu des recommandations. L'équipement en lits de néonatalogie sans soins critiques est insuffisamment utilisé, avec des taux d'occupation en 2016 proche de 50%.



Le réseau «régional» de périnatalité unique est issu de la fusion, en 2015, des trois réseaux antérieurs. Il a vu son rôle renforcé et ses missions développées. Il intègre également la région Corse et la principauté de Monaco. C'est le réseau le plus important au niveau national.

En 2017, on note un développement encore insuffisant au sein des maternités d'espaces physiologiques de naissances avec ouverture de ces plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Concernant la démographie des médecins en gynéco-obstétrique, pédiatrie et anesthésie réanimation, de manière générale la région est attractive, avec des densités supérieures à la moyenne française, mais des médecins plus âgés. Cependant, cette démographie, très hétérogène selon les territoires, reste fragile et pose, au sein des établissements de santé, des difficultés d'organisation pour assurer la permanence et la continuité des soins, notamment dans les départements alpins, le Var et le Vaucluse.

A l'inverse la profession de sage-femme est en pleine expansion avec des densités en PACA supérieure à la moyenne nationale.

Densités médecins spécialistes - RPPS au 31 décembre 2016 - Recensement de population 2014

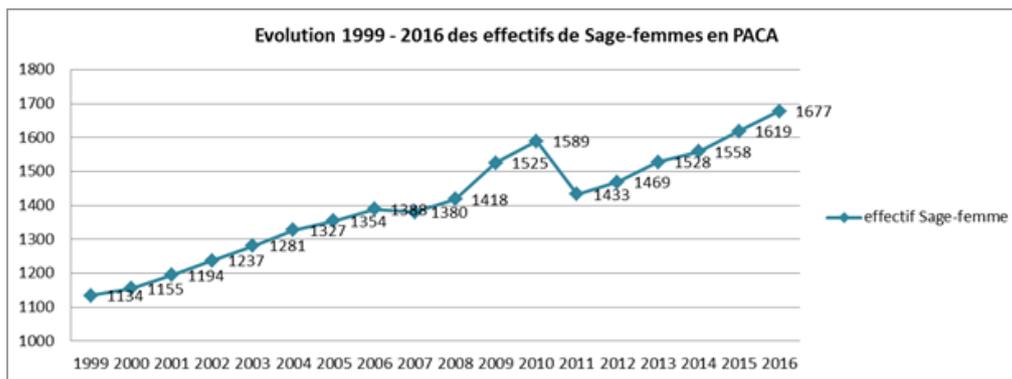
SPECIALITE	Anesthésiste - Réanimateur (*)	Gynécologue-obstétricien (**)	Pédiatre (***)
FRANCE Métropolitaine	17,1	16,6	65,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23	21,1	81,2
Alpes-de-Haute-Provence	9,8	11,3	37
Hautes-Alpes	24,2	15	54
Alpes-Maritimes	26,6	26,8	96,5
Bouches-du-Rhône	27,3	21,7	95,2
Var	16,9	16,8	62,8
Vaucluse	15,1	20,1	53,2

(*) - Densité pour 100 000 habitants

(**) - Densité pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

(***) - Densité pour 100 000 enfants de 0 à 15 ans

Effectifs de sages-femmes – RPPS au 31 décembre 2016



Enjeux

L'objectif recherché est de garantir sur l'ensemble de la région et pour toute femme qui y réside une grossesse désirée et sécurisée, ainsi qu'un suivi et un accouchement conformes aux évolutions des pratiques actuelles et adapté aux problématiques de démographie médicale.

Un tel objectif se heurte aujourd'hui à des constats régionaux qui imposent une approche spécifique :

- Des inégalités sociales qui induisent des inégalités fortes devant la grossesse. Dans notre région, le nombre de femmes en situation de précarité est important ; ces femmes présentent pour caractéristique un suivi gynécologique et prénatal insuffisant, voire inexistant, ce qui a pour conséquence :
 - Un moindre recours à la contraception : risque accru de grossesses non désirées et du recours à l'interruption volontaire de grossesse. Le taux d'IVG particulièrement élevé dans notre région démontre que les grossesses ne sont pas toutes désirées au moment où elles surviennent.
 - Un risque de retard au diagnostic et aggravation du risque associé aux affections sous-jacentes.
 - Un risque accru de prématurité et d'hypotrophie du nourrisson.
- Des inégalités d'accès géographiques pour des populations éloignées pour lesquelles des réponses adaptées doivent être apportées.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Permettre un accès au parcours de périnatalité équitable pour toutes les femmes quelle que soit leur situation financière ou géographique.

Objectif 2 : Permettre la conduite d'une grossesse désirée et sécurisée pour tous les couples

Objectif 3 : Garantir un accouchement et une naissance sécurisés, avec un niveau de médicalisation adapté au niveau de risque pour la mère et l'enfant

Objectif 4 : Organiser le retour à domicile plus précoce après l'accouchement

Objectif 5 : Améliorer la prise en charge des enfants vulnérables en intervenant le plus précocement possible et avec un suivi coordonné entre la ville et l'hôpital.

Objectif 1 : Permettre un accès au parcours de périnatalité équitable pour toutes les femmes quelle que soit leur situation financière ou géographique.

- **Garantir un accès aux soins aux femmes précaires et aux migrantes tout au long de leur parcours de vie :**
 - Proposer un accueil adapté aux personnes en situation de précarité et systématiser le diagnostic. Ceci passera notamment par l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins et de l'ensemble des professionnels de santé afin de faire évoluer les pratiques.
 - Prévoir des amplitudes horaires larges dans les lieux de soins (médecine libérale, hôpitaux, centres de protection maternelle et infantile...) avec des consultations sans rendez-vous, pour prendre en compte les difficultés des femmes en situation de précarité à s'inscrire dans un cadre horaire contraint.
 - Mettre en place, sur certains quartiers au taux de précarité élevé, des dispositifs de prévention et de promotion de la santé adaptés.

- **Permettre en tout lieu de la région le vécu d'une grossesse au moment où elle est désirée, et une identification pré-conceptionnelle ou précoce des facteurs de risques :**
 - Améliorer le repérage et la prise en charge de l'endométriose.
 - Partager le suivi de la femme et de ses grossesses entre la ville et les équipes gynéco-obstétricales hospitalières, en s'appuyant sur les sages-femmes libérales et sur les médecins traitants «formés». Les équipes de premier recours pourront avoir un accès aux équipes obstétricales et gynécologiques adaptées, en s'appuyant sur les outils de la télémédecine. Ceci passera notamment par la mise en place des pratiques partagées régionales reposant sur des recommandations portées par le réseau régional de périnatalité.
 - Conforter la place des CPP dans le dispositif de suivi de la mère et de l'enfant. Les CPP apportent un suivi de proximité et évitent les déplacements longs, et donnant ainsi plus de sécurité aux femmes et aux professionnels. Il est nécessaire d'améliorer le lien avec les maternités (organisation de staffs communs et utilisation de protocoles partagés).
 - Permettre l'identification pré-conceptionnelle ou précoce des facteurs de risques. Des consultations pré-conceptionnelles doivent permettre, avant toute grossesse, de mesurer les risques environnementaux et l'ensemble des risques personnels tel que le surpoids, l'obésité, l'alcool, le tabac, l'usage de drogues, ...L'accès à une évaluation des risques pour la grossesse attachés aux toxiques (reprotoxiques) doit être rendue possible, via notamment la plateforme CREER.

Objectif 2 : Permettre la conduite d'une grossesse désirée et sécurisée pour tous les couples

- Faciliter l'accès à la contraception pour tous par la mise en place de la stratégie régionale de santé sexuelle, déclinée de la stratégie nationale. La mise en coordination de l'ensemble des acteurs (éducation nationale, professionnels de santé libéraux, centre de planifications, protection maternelle et infantile, ...) doit donner de la lisibilité aux positionnements respectifs des acteurs.

- Poursuivre l'organisation régionale de l'accès à l'IVG pour toutes les femmes et tout au long de l'année, et notamment en période estivale, en respectant les délais de réalisation et en offrant une diversité des méthodes.

- Améliorer la prise en charge des couples dans leur parcours d'Aide Médicale à la Procréation.

- Encourager la mise en place d'une consultation d'orientation dans chaque maternité afin que chaque couple puisse bénéficier d'un suivi adapté en ville ou à l'hôpital.
- Faciliter l'accès au diagnostic prénatal :
 - Permettre un accès au CPDPN dans des délais raisonnables.
 - Mettre en place, lors de la consultation du premier trimestre, un dépistage des facteurs de risques selon les recommandations de l'HAS.
 - Utiliser la télémédecine pour faciliter l'accès aux consultations de génétique, ou l'accès au conseil prénatal (consultations multidisciplinaires) lorsqu'une malformation congénitale est suspectée.
 - Former un référent échographiste formé par maternité publique ayant un service de néonatalogie est souhaitable.
- Prendre en compte la dimension psychosociale autour de la grossesse
 - Promouvoir et généraliser l'entretien prénatal précoce.
 - Généraliser les staffs médico-psycho-sociaux dans les maternités de PACA avec formalisation des liens entre le conseil départemental, les maternités et les autres services de l'hôpital :
 - ✓ Les professionnels de l'ambulatoire (médecins de ville ; sages-femmes libérales) ainsi que les personnels des centres de périnataux de proximité doivent pouvoir participer aux staffs (liste des référents des staffs à diffuser)
 - ✓ Les liens avec la psychiatrie et la pédopsychiatrie sont à structurer en nommant un référent périnatalité dans chaque établissement de santé public autorisé en psychiatrie pour disposer d'une offre spécialisée identifiable dans chaque territoire d'intervention.
 - ✓ Le dispositif de partenariat prévention prénatal ne doit pas se limiter aux staffs médico-psycho-sociaux, il comprend aussi un partenariat plus global et un travail d'amont et d'aval intégrant le service social hospitalier et de proximité
 - Encourager la mise en place d'unités accueillant la mère et son enfant permettant de prendre en charge les altérations de la relation entre la mère et son bébé pour permettre un retour familial dans de bonnes conditions. Ces unités doivent émerger d'une coopération entre les équipes de pédiatres, de gynécologues et de pédopsychiatrie.
- Accompagner le «bien naître» de l'enfant :
 - Développer des actions de prévention pour éviter les violences faites aux femmes ; lutter contre l'alcool, le tabac ou l'usage de drogues ; lutter contre la dysnutrition maternelle
 - Développer les actions visant à améliorer les compétences psychosociales des parents

Objectif 3 : Garantir un accouchement et une naissance sécurisés, avec un niveau de médicalisation adapté au niveau de risque pour la mère et l'enfant

- Recomposer l'offre de soins

Pour des raisons de sécurité, les maternités doivent disposer d'une équipe médicale suffisante pour assurer une présence permanente d'un gynécologue obstétricien ainsi que des astreintes d'anesthésie et de pédiatrie. Les conditions de sécurité sont très difficiles à atteindre dans les petites maternités.

La poursuite de la recomposition de l'offre sanitaire a pour objectif de garantir, dans toutes les maternités, des naissances réalisées dans le respect des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Des décisions de regroupement de maternités seront nécessaires. Pour prendre ces décisions, plusieurs indicateurs devront être croisés :

- Le niveau d'isolement, celui-ci étant pensé en intégrant de nouvelles modalités de prise en charge et d'anticipation des risques à l'instar des expériences nordique et anglo-saxonnes
- La pérennité des équipes (activités potentielles gynéco-obstétricales, effectivité des mesures d'incitations à l'installation, viabilité des équipes territoriales).
- Le volume d'activité des unités.
- Les résultats des indicateurs de sécurité et de qualité en pédiatrie et en obstétrique.

La recomposition s'appuiera sur différents leviers :

- La sécurisation des maternités à faible activité, qui rencontrent des difficultés pour attirer des professionnels de santé de manière pérenne. Pour cela, les mesures suivantes seront mises en place :
 - ✓ Constituer des équipes médicales de territoires agissant sur différents sites, pour garantir l'accessibilité, dans toute la région à des équipes maintenant une technicité de haut niveau grâce à un exercice d'un volume important.
 - ✓ Mettre en place des formations itératives sur sites et sur simulateurs à destination de ces équipes de territoires et de celles sur site.
 - ✓ S'appuyer sur les réseaux, les CPP et la télé-médecine pour le suivi de grossesse et l'accompagnement de la naissance.
 - ✓ Améliorer le lien ville-hôpital de proximité-hôpital de recours, et assurer la transmission de l'information en cas de transferts.
 - Les professionnels de la ville et des établissements de proximité doivent être informés des «retransferts» des mères (suites de menaces d'accouchements prématurés) d'une maternité de niveau 2 ou 3 vers le domicile pour anticiper les éventuelles difficultés.
 - L'anticipation des transferts permettra de sécuriser les transferts materno-fœtaux.
 - les signalements au SAMU départemental des «pathologies remarquables» seront développés.
 - l'ensemble des maternités devront avoir accès à la cellule de régulation des transferts et retransferts.
- Le regroupement des lieux de naissance

La poursuite de la concentration des maternités autour de gros plateaux techniques reste nécessaire. Les maternités à faible activités sont confrontées aux difficultés suivantes :

- ✓ raréfaction de la ressource médicale.
- ✓ faible attractivité pour les jeunes médecins dans les maternités à faible activité comme dans les maternités ne permettant pas d'activité chirurgicale carcinologique sur le site.
- ✓ recours répété à des médecins intérimaires et ainsi absence de dynamique d'équipe impliquée dans un projet médical.
- ✓ nécessité d'offrir un plateau technique avec du matériel performant.

Ces regroupements doivent être réfléchis en prenant en compte les problèmes géographiques. Ils seront privilégiés vers les établissements disposant d'un service de néonatalogie sur place.

Les transports doivent être disponibles dans des délais compatibles avec l'exigence médicale et financièrement accessibles.

Les organisations seront préalablement être mises en place pour anticiper la prise en charge de l'accouchement à l'instar de ce qui est fait dans les pays scandinaves, au Canada ou en Grande Bretagne (hôtels hospitaliers ou pour parturientes, renforcement des CPP, anticipation de l'accouchement, transferts et transports facilités par des moyens appropriés,...).

- Le regroupement des activités de néonatalogie

Le regroupement des unités de néonatalogie à faible activité sera envisagé vers les unités à plus forte activité les plus proches. Le suivi de l'activité et des indicateurs de qualité est indispensable pour ces unités de néonatalogie et de soins intensifs, très consommatrices de compétences médicales et donc fragiles.

- Le regroupement des activités de réanimations néonatales et pédiatriques de préférence sur un site unique.

- **Adapter les capacités aux besoins**

Pour garantir une prise en charge adaptée pour les grossesses à risques et pour les enfants prématurés d'âge gestationnel de plus en plus précoce, il sera nécessaire de créer :

- des capacités supplémentaires en soins critiques de néonatalogie (réanimation néonatale et soins intensifs).
- de mettre en œuvre au sein des HAD existantes des capacités dédiées à la surveillance des grossesses à risques et au suivi des nouveaux nés prématurés, en lien avec les 2 CHU

- **Permettre à la mère et à son entourage d'être au cœur du soin**

- Des espaces physiologiques de naissances seront créés dans toutes les maternités pour respecter le choix des couples. Ces espaces sont ouverts aux sages-femmes et gynécologues libéraux, qui participent à la vie du service.
- Les soins de développement et le développement d'unités kangourou permettent de replacer les parents au cœur des soins seront encouragés.

Objectif 4 : Organiser le retour à domicile plus précoce après l'accouchement

- Anticiper la sortie précoce de l'établissement pour permettre en toute sécurité l'accueil de mère et du nouveau-né dans sa famille.
- Former et équiper les professionnels des soins de ville (professionnels de santé libéraux, équipes de PMI, ...) à l'accueil précoce au domicile du nouveau-né et de sa mère.
- Garantir la possibilité d'une expertise à distance par l'équipe obstétricale et pédiatrique ou un retour rapide vers un établissement de santé adapté, en évitant les passages par les services d'urgence.
- Expérimenter l'organisation de la sortie directe depuis le bloc obstétrical pour préparer la naissance en «hospitalisation de jour», en lien étroit avec le secteur libéral.

Objectif 5 : Améliorer la prise en charge des enfants vulnérables en intervenant le plus précocement possible et avec un suivi coordonné entre la ville et l'hôpital.

- Coordonner l'action de tous les acteurs (pédiatres libéraux et hospitaliers, CAMSP, PMI, ...) pour garantir l'accessibilité pour les nouveau-nés vulnérables au dépistage le plus précoce possible, au diagnostic et à la prise en charge dans tous les territoires.

- Garantir un dépistage de qualité aussi bien des maladies métaboliques que de la surdité bilatérale dans les maternités. Améliorer l'organisation et le suivi des enfants dépistés en lien avec le réseau régional de périnatalité et le centre régional de dépistage néonatal.
- Renforcer les CAMSP et les intégrer dans leur environnement pour favoriser un diagnostic plus précoce, proposer des prises en charge adaptées et la poursuite des soins par des solutions d'aval.

Résultats attendus

- Réduction du nombre d'IVG tardives.
- Augmentation du nombre de sorties précoces (- de 48H) qui garantissent les conditions de sécurité du retour à domicile.
- Baisse du taux de césariennes en améliorant la pertinence.
- Augmentation du nombre d'espace physiologiques ouverts aux libéraux.
- Les EIG liés à la naissance sont tous signalés à la plateforme.
- Tous les enfants vulnérables ont un suivi organisé jusqu'à 4 ans.

Indicateurs de suivi de l'activité

Les indicateurs nécessaires au suivi de l'activité de périnatalité sont listés en annexe.

3.4.2 L'aide médicale à la procréation

Contexte

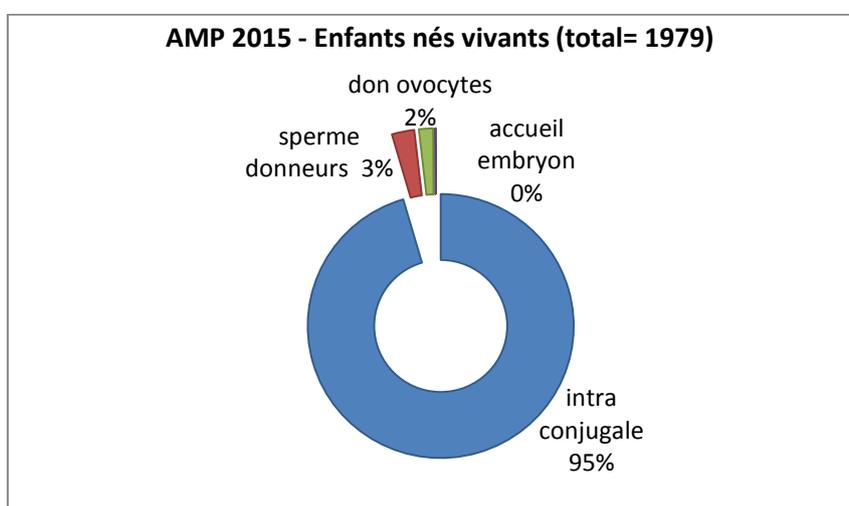
Les populations concernées sont

- Les couples diagnostiqués comme présentant une infertilité (primaire ou sévère).
- Les patients (enfants, adolescents et jeunes adultes, adultes) fertiles ou supposés l'être ayant besoin de préserver leurs gamètes ou tissus germinaux avant des traitements associant parfois chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie qui peuvent altérer la fonction de la reproduction.
- Les couples diagnostiqués infertiles et nécessitant le recours au don de gamètes (spermatozoïdes, ovocytes), ou d'embryons.
- Les couples fertiles ou non, ayant un projet parental étant porteurs d'une maladie virale sexuellement transmissible.

Structures et activité

Département	Commune	Structure	IAC	FIV ICSI TEC	Don sperme	Don ovocytes	Accueil embryons	Préservation fertilité	AMP viral
Alpes Maritimes	Nice	CHU Nice	x	x	x	x		x	
		Clinique St Georges / LBM LABAZUR Nice	x	x				x	x
		LBM Barla site Lamsi	x						
	Cannes	LBM Bioesterel site Demes	x						
Bouches du Rhône	Marseille	AP HM Conception	x	x	x	x	x	x	x
		St Joseph	x	x					
		Clinique Bouchard / LBM Alphabio	x	x				x	x
		LBM Cerballiance Provence	x						
	Aix	CH Aix LBM Labio	x	x					
		LBM Labazur Provence	x						
LBM SELDAIX site Cardinal		x							
Var	Toulon	Clinique St Michel / LBM Cerballiance Côte Azur	x	x					
Vaucluse	Avignon	Clinique Urbain V / LBM Bioaxiome	x	x					
	Bollène	LBM Biomedival site Petris	x						
Activité des centres - rapport de l'ABM 2015			3851	5143	233			426	

La plateforme régionale cancer et fertilité a réalisé 482 consultations soit une hausse annuelle à plus de 40%.



Les données régionales sont comparables aux statistiques nationales.

Enjeux

La loi de Bioéthique doit être révisée en 2018. Les futures évolutions seront intégrées dans les objectifs de développement et de prise en charge de l'Aide Médicale à la Procréation.

Les enjeux actuels sont à la fois de permettre à tous les couples présentant une infertilité d'avoir accès à l'AMP mais également à toutes les personnes dont le traitement le nécessite d'avoir accès à la préservation de la fertilité en cancérologie comme hors cancérologie.

Répondre à ces enjeux nécessite avant tout d'améliorer la connaissance quantitative et qualitative de l'activité d'AMP ainsi que des besoins notamment en ce qui concerne les « dons d'ovocytes » ou le nombre de personnes concernées par la préservation de la fertilité.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Améliorer la prise en charge des couples présentant une infertilité.

Objectif 2 : Développer la préservation de la fertilité.

Objectif 1 : Améliorer la prise en charge des couples présentant une infertilité.

- Renforcer le rôle d'information et de formation des centres clinico-biologiques auprès des cliniciens effectuant des inséminations artificielles hors centres.
- Développer le don d'ovocytes dans les centres autorisés.
- Rendre lisible le parcours des couples présentant une infertilité en région PACA par la mise en ligne sur le site internet de l'ARS des structures autorisées.
- Veiller à l'application des recommandations de bonnes pratiques en AMP par tous les acteurs, et pour l'induction ovarienne respecter l'arrêté du 22 juin 2015 ainsi que les recommandations des agences nationales ANSM 2007 sur les gonadotrophines et AFSSAPS avril 2004 sur les médicaments inducteurs de l'ovulation.

Objectif 2 : Développer la préservation de la fertilité.

- Améliorer les parcours de soins en lien avec la plateforme oncofertilité ONCOPACA (www.oncopaca.org) :
 - développer les consultations spécialisées,
 - poursuivre la sensibilisation des professionnels et des patients,
 - former et recruter de nouveaux référents du parcours oncofertilité.
- Développer la préservation de la fertilité hors cancer
 - par la complémentarité des centres cancer et hors cancer
 - par l'information avec la participation active de tous les centres d'AMP auprès des différents publics notamment : les praticiens (oncologues, oncopédiatres, gynécologues, médecins traitants, sages-femmes), les patients, les jeunes (travail avec éducation nationale)

Résultats attendus :

- Augmenter le nombre de « don d'ovocytes »
- Augmenter le nombre de patient bénéficiant de la préservation de la fertilité

Les indicateurs nécessaires au suivi de l'activité d'AMP sont listés en annexe.

3.4.3 Le diagnostic prénatal

Contexte

L'activité de diagnostic prénatal (DPN) consiste à rechercher au cours de la grossesse une anomalie embryonnaire ou fœtale. Dans le cas où le DPN conduit au diagnostic d'une maladie à forte probabilité d'être d'une particulière gravité, une interruption de grossesse pour motif médical peut être envisagée. La consultation de génétique est primordiale dans ce contexte pour apporter l'information la plus pertinente et complète et le meilleur accompagnement durant ce processus de DPN. Les outils du DPN sont l'imagerie médicale (échographie, IRM..) et les examens de biologie médicale portant sur des prélèvements de cellules ou tissus (amniocentèse-trophocentèse) et ponction de sang. Les examens de biologie mis en œuvre sont les suivants :

- cytogénétique, y compris de cytogénétique moléculaire ;
- génétique moléculaire ;
- génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel : DPN non invasif (DPNi) ;
- diagnostic de maladies infectieuses ;
- biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels et de biochimie fœtale à visée diagnostique.

En région Paca, il existe trois centres pluridisciplinaires de DPN ou CPDPN qui sont implantés au sein de l'AP-HM site Nord et site Timone Enfant, et au sein du CHU Nice. Les CPDPN encadrent les activités régionales de diagnostic prénatal, apporte leurs expertise aux professionnels de santé et accompagnent les couples au cours de la prise de décision ou lors du suivi de la grossesse lorsqu'une malformation ou une anomalie fœtale est détectée ou suspectée (interruption volontaire de la grossesse pour motif médical IMG) et lorsqu'une transmission héréditaire de maladie dans une famille amène à envisager un diagnostic prénatal ou préimplantatoire. L'activité de ces 3 centres a représenté en 2015 le suivi de 3 162 dossiers. L'activité d'IMG s'élevant à 537 sur la même période.

Les examens de biologies sont réalisés par 9 laboratoires portant 14 autorisations.

Ville	Structure	MSM	Cytogénétique	Génétique	Infectieux
Nice (06)	CHU Nice		x	x	x
	LBM Barla	x			
Marseille (13)	AP HM	x	x	x	x
	St Joseph	x	x		
	LBM Alphabio	x			
	IPC			x	
Toulon (83)	CH Ste Musse		x		
Avignon (84)	LBM Bioaxiome	x			

Le HAS préconise que le DPNi T21 soit proposé à toutes les femmes enceintes avec un risque de T21 estimé entre 1/1000 et 1/51 après un résultat de dépistage combiné du 1^{er} trimestre (ou à défaut par les marqueurs sériques seuls du 2^{ème} trimestre. Elle recommande qu'un caryotype fœtal soit proposé d'emblée à toutes les femmes enceintes dont le niveau de risque estimé est $\geq 1/50$. Le test DPNi T21 étant réalisable avant l'éventuel caryotype.

Ainsi en Paca 15% des grossesses sont concernées ou 9000 femmes enceintes.

Le DPNi peut également s'appliquer avec les nouvelles technologies NGS aux maladies génétiques héréditaires, leurs perspectives futures vont impacter les laboratoires de biologie moléculaire.

Enjeux

- Le développement de la nouvelle stratégie de dépistage de la trisomie 21 sur l'ADN foetal circulant dans le sang maternel.
- En cytogénétique classique le nombre de caryotypes va se réduire au détriment du DPNI et des ACPA.
- En cytogénétique moléculaire les examens sur puces à ADN ou CG Harray, ces méthodes diagnostiques sont en forte progression. Elles sont proposées au sein des CHU dans le cadre de plateformes ouvertes sur les établissements disposant de consultations génétiques de diagnostic prénatal et les CPDPN.
- Le développement du séquençage à très haut débit, le DPNI devraient concourir au dépistage et au diagnostic d'autres pathologies, il conviendra de soutenir les capacités d'innovation.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Améliorer l'accès au DPN sur toute la région et pour tous les couples.

Objectif 2 : Accompagner le regroupement des technologies diagnostics moléculaires et de soins (déploiement des nouvelles technologies de séquençage à très haut débit) sur des plateformes.

Objectif 3 : Accompagner le développement du dépistage de la trisomie 21 sur ADN foetal circulant dans le sang maternel.

Objectif 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge en renforçant le rôle des CPDPN

Objectif 1 : Améliorer l'accès au DPN sur toute la région et pour tous les couples.

- Développer les téléconsultations afin de permettre un véritable maillage du territoire et de répondre aux recommandations de l'HAS en matière d'information des patientes.

Objectif 2 : Accompagner le regroupement des technologies diagnostics moléculaires et de soins (déploiement des nouvelles technologies de séquençage à très haut débit) sur des plateformes.

- L'expertise pluridisciplinaire doit être maintenue et non dispersée quelques soient les modalités de financement.

Objectif 3 : Accompagner le développement du dépistage de la trisomie 21 sur ADN foetal circulant dans le sang maternel.

- Nécessité de consultations pré et post DPNI assurées par un praticien expérimenté dans ce domaine.
- Nécessité d'encadrer la prescription de DPNI par une information adaptée des professionnels de première ligne.

Objectif 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge en renforçant le rôle des CPDPN.

- Les CPDPN doivent avoir un rôle central dans la formation et l'information des échographistes (publics et privés) afin d'améliorer la qualité et la pertinence des échographies. La liste des échographistes agréés doit être partagée avec les laboratoires pratiquant les marqueurs sériques maternels, le DPNI et la cytogénétique.
- L'expertise pluridisciplinaire doit être consolidée par le rôle pivot des CPDPN et le soutien aux technologies de biologie moléculaires (séquençage ADN, DPNI, ACPA et hybridation

génomique comparative), les stratégies diagnostics moléculaires devant s'inscrire dans les « Bonnes pratiques » selon les recommandations de l'ANPGM –association des praticiens de génétique moléculaire- et le processus d'accréditation du Cofrac.

- Associer un fœtopathologiste à chaque CPDPN. Même si l'organisation de la prise en charge des morts in utero a été améliorée, l'accès aux examens de fœtopathologie devrait être possible devant toute mort fœtale in utero.

Résultats attendus

- Aucune naissance avec malformations graves non diagnostiquée en amont.
- Tous les enfants les nécessitant sont orientés vers les centres spécialisés des maladies rares.

3.4.4 Génétique

Contexte

De nombreux tests génétiques apportent des informations relatives à la santé des individus ou à celle de leur famille. Ces tests consistent à rechercher des mutations sur l'ADN, ou à dépister des anomalies concernant les chromosomes. Il faut distinguer les tests qui apportent des informations sur le patrimoine génétique transmissible, présent dans toutes les cellules de l'organisme (génétique constitutionnelle), et les tests qui informent sur l'état du génome de cellules tumorales (génétique somatique). L'activité de génétique constitutionnelle est soumise à un régime d'autorisation.

La génétique constitutionnelle investit plusieurs champs dont les syndromes de déficience intellectuelle, les malformations, les anomalies du développement, les troubles de la reproduction, les maladies cassantes de l'ADN... Le séquençage de l'ADN étudie les gènes responsables de maladies héréditaires, explore l'exome (plusieurs milliers de gènes) qui code les protéines ou l'ensemble du génome pour identifier les déterminants génétiques de ces maladies rares. Le 3^{ème} champ s'intéresse à la pharmacogénétique constitutionnelle. Elle est très orientée oncologie, car les chimiothérapies présentent souvent un index thérapeutique étroit. On étudie les mécanismes d'origine génétique intervenant dans la réponse aux médicaments et permet l'optimisation des traitements médicamenteux, tant en termes d'efficacité que de sécurité d'emploi. Les analyses de pharmacogénétique concernent actuellement peu de molécules (5FU-capecitabine-abacavir-irinotécan-azathioprine-tacrolimus-clopidrogel...).

Génétique constitutionnelle postnatale en 2015

				Cytogénétique postnatale	Génétique moléculaire
06	Nice	CHU Nice site Pasteur	Pole pathologie Biologie Pr Jambou Dr Naimi		x
06	Nice	CHU Nice site Archet	Pole pathologie Biologie Pr Paquis Dr Karmous	x	x
06	Nice	Centre Lacassagne	Laboratoire oncopharmacologie Pr Milano		x
13	Marseille	EFS site Baille	Site Baille Dr Picard		x
13	Marseille	AP HM site Conception	Biogénopole Pr Barlier		x
13	Marseille	AP HM site Timone	Biogénopole Pr Levy Pr Morange Pr Badens Dr Zattara Dr Missirian	x	x
13	Marseille	St Joseph *		x	
13	Marseille	LBM ALPHABIO*		x	
13	Marseille	IPC	Oncogénétique moléculaire Pr Sobol		x
83	Toulon	CH Ste Musse	Dr Julian Dr Dupuy	x	x

L'activité de génétique limitée : CHU Nice site Pasteur concerne les facteurs II et V, l'hémochromatose, site Archet typage HLA - AP HM génétique limitée à l'hématologie-pharmacogénétique) - Ste Musse la génétique limitée aux facteurs II et V - St Joseph et LBM Alphabio n'effectuent que des caryotypes pas de Fish ni ACPA -. Des évolutions sont attendues, St Joseph et le laboratoire Alphabio n'ont pas renouveler leurs demandes quinquennales pour l'activité cytogénétique, et la restructuration des laboratoires spécialisés en une plateforme unique de biologie moléculaire sur le site Timone Biogénopole va impacter les autorisations en vigueur de l'AP-HM. En outre, l'activité d'oncogénétique constitutionnelle de l'APHM va évoluer avec l'acquisition de séquenceurs hauts débit en 2017, elle sera totalement transférée en routine sur la technologie Miseq avec libariries de stratégie Amplicon.

Génétique constitutionnelle 2015	TEST
Cytogénétique moléculaire dont FISH	2 550
Pharmacogénétique	853
NGS	1 897
ACPA puce ADN	821
HLA	1 741
Génétique limitée	966
Génétique moléculaire non limitée	11 667

En région l'activité NGS marque un grand retard par défaut de séquenceur haut débit, l'IPC réalise 1554 séquençages NGS. En cytogénétique constitutionnelle, l'activité par caryotype et FISH se réduit (effets liés aux ACPA et dans une moindre mesure aux NGS) les principales indications demeurent les retards intellectuels, les malformations et anomalies du développement, suivies par les troubles de la reproduction (syndromes de l'X fragile) et les études familiales. Le nombre de trisomie 21 diagnostiquées par caryotypes postnatal sans DPN pour l'année 2015 est à hauteur de 19. Les analyses par puces ADN effectuées dans les 2 CHU concernent en 1^{er} lieu les syndromes de déficiences intellectuelles ou les troubles de l'apprentissage. Les laboratoires ST Joseph, Alphabio et Ste Musse ont limité leur activité de cytogénétique aux caryotypes associés aux FISH. L'activité de génétique non limitée du CHU de Nice est marquée par l'exploration des maladies mitochondriales, l'IPC centre de lutte contre les cancers investiguant les prédispositions héréditaires des cancers seins-ovaires, syndrome de Lynch, polyposes adénomateuses familiales, cancers du colorectal et des cancers neurologiques. Pour l'AP HM, sans tout citer, cette activité illimitée porte sur les maladies rares (dystrophie fascio-scapulaire- mucoviscidose-déficit intellectuel- syndrome de Prader-Willi, d'Angelman, maladies de Charcot, syndromes de l'X fragile...) et les pathologies neuroendocrines, les maladies neurodégénératives, les maladies neuromusculaires et les susceptibilités des thrombophilies non rares.

La génétique moléculaire constitutionnelle étudie un nombre très important de gènes et de maladies génétiques par un nombre limité de laboratoire. La conséquence se traduit par une expertise clinique et biologique souvent unique des laboratoires sur une maladie ou un groupe de maladie. La prestation de conseil déterminante exigeant une grande maîtrise s'impose entre le généticien moléculaire et le clinicien prescripteur.

Les laboratoires nationaux et étrangers se sont structurés en réseaux autour des filières des maladies rares favorisant les échanges et harmonisant les stratégies diagnostiques par consensus. Une des particularités des maladies rares est la difficulté d'avoir un diagnostic étiologique précis. L'errance diagnostic est courante et source de grande difficulté.

La génétique somatique

Génétique somatique PACA 2016
1 15 986 examens
72 680 401 B
19 625 000 Euros

Ces chiffres année 2016, sont issus du PMSI, ne contiennent pas les examens réalisés hors de la région Paca et notamment pour Cerba ou Eurofins. D'autre part, l'activité des hôpitaux d'instruction des armées et des cabinets libéraux d'anatomo cytopathologie (ACP) qui peuvent réaliser des analyses de biologie moléculaires, ne sont pas compilées. Cependant l'activité de génétique somatique est concentrée sur les deux plateformes de biologie moléculaire du cancer labellisées Inca, lesquelles effectuent 98% des examens. L'activité résiduelle est portée par quelques établissements de santé mettant en jeu des techniques simples détectant la mutation JAK2 V617F pour les syndromes myoprolifératifs ou qui confient à l'étranger le test Oncotype de signature génique du cancer du sein.

La biologie moléculaire des cancers est portée par les deux plateformes régionales :

- Paca Est formée par les laboratoires d'anatomo cyto pathologie (ACP) et les laboratoires de biologie médicale du CHU de Nice et du centre Antoine Lacassagne. Le laboratoire des tumeurs solides Professeur Pedeutour marque une spécialisation orientée pour les sarcomes.
- Paca Ouest constituée des services d'ACP et les laboratoires spécialisés de biologie de l'AP HM et de l'IPC.

L'oncologie clinique est dépendante de la connaissance de la biologie cellulaire des cancers, méconnaître les altérations de la signalisation de la cellule maligne et ses étapes des voies de signalisation en jeu pourrait conduire par exemple à donner un traitement inutile et coûteux dans la moitié des cancers colorectaux métastasés avec un anticorps anti EGFR (KRAS en aval EGFR).

Les cancers sont des maladies des gènes, liés à l'apparition d'altérations, de mutations, de réarrangements de l'ADN des chromosomes. Les modifications majeures intervenant lors de la mitose sont décelables par les techniques de cytogénétique. Les erreurs affectant une base par substitution, par perte (délétion), par adjonction (insertion) sur les gènes, les protéines produites par le gène muté sont altérées et présentent une fonctionnalité modifiée. La caractérisation moléculaire du tissu tumoral par l'analyse des altérations géniques est le plus souvent réalisée à partir des tissus préparés et sélectionnés par le pathologiste et fixés par le formol. Le pathologiste, en amont du laboratoire de biologie moléculaire, examine la morphologie et l'organisation tissulaire de la tumeur et définit sa typologie. Une technique émergente, la biopsie liquide permet d'étudier l'ADN tumoral circulant à partir d'une ponction veineuse.

Les analyses concernent un nombre croissant de gènes et zones d'ADN de plus en plus grandes. La technologie NGS permet d'emblée une analyse par panel de gènes pour donner un portrait mutationnel des tumeurs, les altérations des gènes impliqués constituent des biomarqueurs conditionnant l'accès à des traitements innovants ou thérapies ciblées.

La validation de biomarqueurs sur des coupes tissulaires de tumeurs est en effet désormais incontournable dans la prédiction de réponse à une thérapeutique donnée, le suivi ou l'évaluation pronostique des tumeurs. Par exemple le crizotinib est indiqué dans le cancer bronchique non à petites cellules - CBNPC- si on identifie une translocation des gènes EML4 et ALK.

Les technologies utiles en génétique sont diversifiées de la simple FISH (fluorescence hybridation in situ) sur caryotype, par RT-PCR ou autres technologies PCR, CGH-array, pyroséquençage, séquençage direct NGS et NGS avec librairie de séquençage d'ARN transcrit...

Les tendances en génétique somatique des cancers

En 2015 ¼ médicament anticancéreux relève d'une thérapie ciblée et 75% de ces médicaments sont per os. L'incidence des cancers progresse, les données régionales du réseau d'anatomopathologistes et d'épidémiologie CRISAP Paca sont les suivantes :

CRISAP 2015	
Département	Nombre de cas en 2015
Alpes de Haute Pce	548
Haute Alpes	738
Alpes Maritimes	7 836
Bouches du Rhône	2 927
Var	5 361
Vaucluse	1 601
Corse	900
Monaco	239
Total	20 150

CRISAP 2015 hors Corse et Monaco	
	Nombre de cas en 2015
Sein	3 484
Trachée bronches poumon	1 337
Peau	3 285
Prostate	2 538
Colorectal	2 046

Crisap intègre 100% ACP 04-05-83-Monaco,

91% 06-60%13-50% 84- 33% Corse

Pour les plateformes d'oncogénétique, l'activité NGS nationale passe de 10 400 tests en 2015 à 26 900 tests en 2016. Par ailleurs les tests MSI augmentent (programme AcSé immunothérapies et cancer colorectal). Apparaît le déploiement du test sur ADN tumoral circulant (tests EGFR- ALK-KRAS en techniques NGS ou PCR digitale). Forte augmentation test EGFR (28563 patients en 2016) pour le cancer du poumon probablement en lien avec les recherches de mutation de résistance. Augmentation de la biologie moléculaire diagnostique tumeurs gliales (7015 patients) et également pour les leucémies 17 417 en 2016. La caractérisation moléculaire des tumeurs va poursuivre son ascension du fait des connaissances acquises, des thérapies innovantes, des évolutions technologiques diagnostiques en génétique moléculaire, du suivi métastatique des cancers sein-poumon-colorectal et de l'incidence des cancers. Près de 5 % des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles. La progression du nombre de consultations dédiées au syndrome seins-ovaires devrait se poursuivre dans les années à venir avec l'arrivée de thérapies ciblées s'adressant à des patientes porteuses d'une altération génétique constitutionnelle.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Développer la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances en génomique, en biologie cellulaire pour les pathologies héréditaires ou carcinologiques

Objectif 2 : Renforcer les relations avec les professionnels de ville,

Objectif 3 : Garantir l'accès aux innovations et aux thérapeutiques innovantes

Objectif 4 : Accéder à la médecine personnalisée du cancer du sein

Objectif 5 : Accompagner la montée en charge de l'immunothérapie qui connaît un développement exponentiel avec la mise au point d'anticorps anti PD1/PDL1.

Objectif 6 : Déployer la biopsie liquide

Objectif 7 : Mettre en place une culture de la qualité et de la pertinence des actes et des examens

Objectif 1 : Développer la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances en génomique, en biologie cellulaire pour les pathologies héréditaires ou carcinologiques

Objectif 2 : Renforcer les relations avec les professionnels de ville,

Dans les dix prochaines années, la cancérologie tendra vers des soins moins invasifs et une moindre présence du patient à l'hôpital. Pour les maladies rares, il est important pour les patients d'accéder à l'expertise, de trouver le(s) gène(s) responsable(s) de chaque maladie d'origine génétique.

- Améliorer le repérage et la prise en charge précoces des maladies rares et éviter les errances diagnostic pour améliorer la prise en charge des maladies rares.
- Les plateformes de génétique moléculaire doivent valoriser leurs résultats d'examen de l'ADN dans les bases de données nationales pour le soin et à destination de la recherche pour aboutir à des tests diagnostiques fonctionnels et pour l'interprétation des variants.

Objectif 3 : Garantir l'accès aux innovations et aux thérapeutiques innovantes

- Poursuivre l'implémentation NGS
- Intégrer les innovations en relation avec l'édition génomique CRISPR Cas9
- Disposer des technologies telles que les biopsies liquides, la PCR microfluidique ou PCR digitale en gouttelettes, de la technologie single molecule....
- Décliner en région Paca les options qui seront définies par le «plan France médecine génomique 2025» avec une future plateforme de séquençage à très haut débit.

Objectif 4 : Accéder à la médecine personnalisée du cancer du sein

A partir de tissus tumoraux, des tests permettent d'évaluer le risque de métastases à cinq ans, marqueur pronostic de la sévérité de l'affection, de déterminer le zéro chimiothérapie (MammaPrint-Prosygnia) Les laboratoires régionaux doivent apporter une réponse aux cliniciens.

Objectif 5 : Accompagner la montée en charge de l'immunothérapie qui connaît un développement exponentiel avec la mise au point d'anticorps anti PD1/PDL1.

Objectif 6 : Déployer la biopsie liquide

La capture et analyse de cellules tumorales circulantes ou de fragments ADN tumoral circulant offre de nouvelles perspectives à partir d'une prise de sang et permet de compléter ou de suppléer les biopsies chirurgicales.

Ce geste non invasif qui peut être répété à la demande se positionne pour les cancers métastatiques, pour les résistances aux traitements, le monitoring et la sélection des traitements. L'ADN circulant devrait permettre une détection précoce des rechutes, appréhender la maladie résiduelle et suivre la progression de la maladie. Il se révèle également utile si la biopsie tissulaire est de mauvaise qualité.

Objectif 7 : Mettre en place une culture de la qualité et de la pertinence des actes et des examens

Les plateformes de séquençage, organisées en réseaux, doivent diffuser de l'excellence sur les territoires de santé auprès des professionnels de santé et notamment les prescripteurs pour harmoniser les demandes d'actes de biologie moléculaire dans un souci d'équité pour les patients et de pertinence afin de garantir la meilleure prise en charge.

Elles doivent produire et appliquer les «Bonnes pratiques» ou les recommandations des sociétés savantes comme l'INCA, l'ANPGM (association des praticiens de génétique moléculaire)... Par exemple en pharmacogénétique, le groupe GPCO UNICancer Réseau national de pharmacogénétique (RNPGx) a publié en 2016, des recommandations sur les modalités de dépistage des déficits en DPD dihydropyrimidine déshydrogénase pour les patients traités par 5 FU ou capecitabine. Cette population représente environ 90 000 cas nouveaux par an, alors que les toxicités létales peuvent atteindre 2% des patients sous traitement.

3.4.5 Cancers

Contexte

Le cancer est un enjeu majeur de santé publique : il reste la première cause de mortalité avec 40% de cancers évitables malgré une évolution majeure en termes d'innovations dans les stratégies thérapeutiques.

En région PACA, 223 000 personnes ont été prises en charge pour un cancer actif ou sous surveillance en 2014.

Les cancers les plus fréquents sont par ordre décroissant, les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum chez les hommes et les cancers du sein, du colon-rectum et du poumon chez les femmes. L'âge médian au diagnostic est estimé à 68 ans chez l'homme et à 67 ans chez la femme.

Le cancer reste la première cause de mortalité en région PACA, responsable de 28% des décès et de 41% des décès prématurés (< 65 ans) devant les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires.

Compte-tenu de ces évolutions démographiques (accroissement et vieillissement de la population française), il est projeté une hausse du nombre de nouveaux cas de cancers mais une stabilisation du nombre de décès par cancer.

Le vieillissement de la population conduit à prendre en charge des patients de plus en plus âgés présentant une hétérogénéité dans leur autonomie et leur vieillissement fonctionnel et nécessitant l'évaluation de cette autonomie avant la prise en charge du cancer.

Certaines données épidémiologiques sont plus spécifiques en région PACA avec :

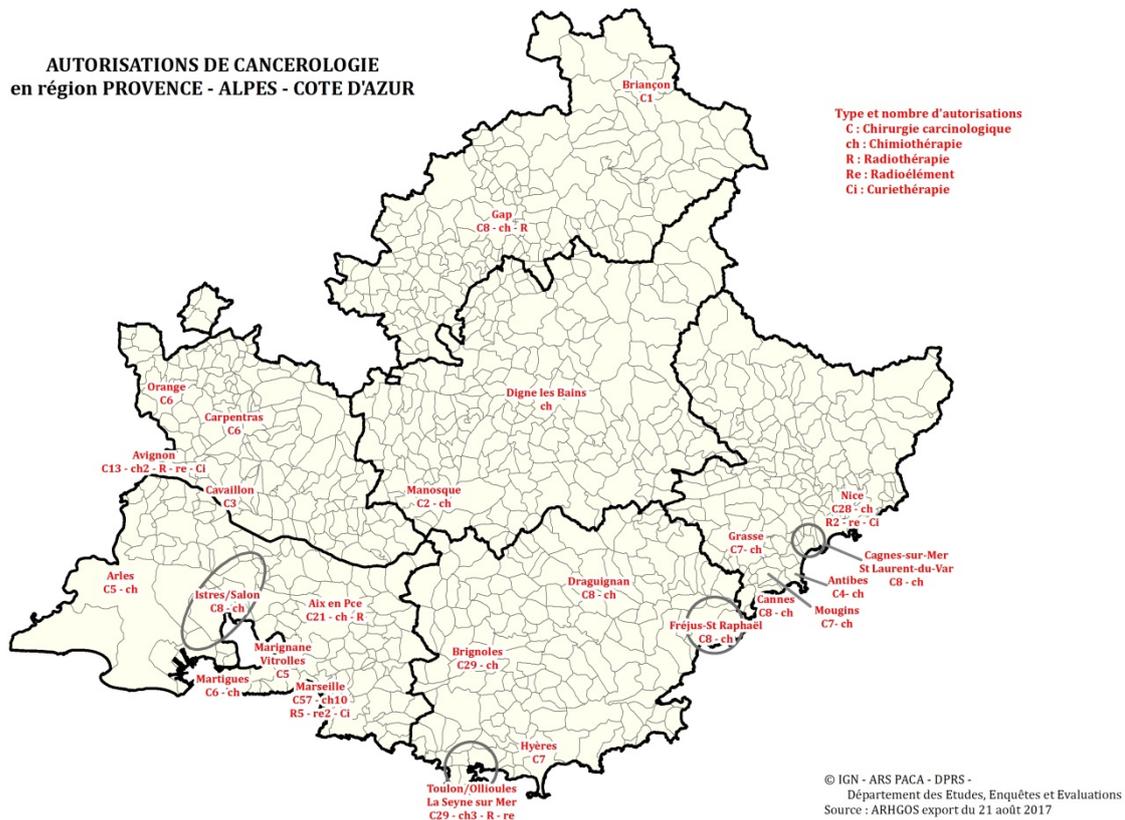
- l'augmentation de la mortalité par cancer de la peau du fait de l'augmentation de l'incidence des mélanomes cutanés. Les habitudes d'exposition au soleil ainsi qu'aux UV artificiels au cours des quarante dernières années sont en partie responsables de cette évolution.
- une augmentation du poids du cancer du poumon chez la femme avec une sur-incidence de 11 % par rapport à la France et une augmentation de 30% de la mortalité féminine par cancer du poumon. Ce constat est en rapport avec une consommation de tabac chez les femmes en PACA supérieure à la moyenne nationale.

Caractéristiques de l'organisation de l'offre de soins en région PACA

L'organisation en région est basée sur la dynamique du réseau régional de cancérologie (RRC) ONCOPACA Corse qui a des missions d'information, de collaboration étroite avec les centres de coordination en cancérologie (3C) dans l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), du dispositif d'annonce et de l'après cancer. Le RRC a ouvert un portail internet ProInfosCancer (PIC), destiné aux professionnels de santé.

L'offre de soins en cancérologie est une activité soumise à seuils que ce soit dans le domaine de la chirurgie, de la chimiothérapie ou de la radiothérapie.

La prise en charge du cancer s'appuie sur les centres hospitaliers universitaires. Sur l'Ouest de la région, avec les deux établissements hospitalo-universitaires de référence que sont l'AP-HM (Centre Hospitalo-universitaire ou CHU) et l'IPC (Centre de lutte contre le cancer ou CLCC). A l'Est, les diagnostics et traitements sont conduits sous la référence du CHU de Nice et du Centre Antoine Lacassagne (CLCC). Ces structures de prise en charge du cancer, incontournables de la région doivent pouvoir travailler dans un contexte de coopération sans concurrence délétère. Certaines spécialités relèvent plus de structures que d'autres de par leur organisation et l'historique.



Enjeux

L'importance de la prévention pour réduire les cancers évitables.

Le rôle de la prévention contre le tabagisme et l'alcool est important pour réduire le taux de 40% de cancers évitables. La mobilisation collective des autorités de santé pour la réduction du tabagisme s'est concrétisée par la mise en place du paquet neutre et le triplement du forfait des substituts nicotiques. L'objectif est de protéger les jeunes de l'entrée dans cette addiction et d'encourager son arrêt pour tous. Plusieurs actions ont été menées en région PACA avec la rédaction d'un Programme Régional de Réduction du Tabagisme (PRRT) pour les années 2016 à 2019.

Depuis 2004, des campagnes nationales de prévention encouragent la prévention de l'exposition solaire excessive. Les populations de faible statut socio-économique adhèrent moins à ces recommandations que les populations plus favorisées.

Le rôle de la nutrition est également important avec la promotion du «bien manger» et plusieurs actions de prévention de l'obésité menées en région PACA et pouvant avoir un impact indirect sur l'incidence de certains cancers liés à l'obésité.

Plusieurs exposants professionnels jouent un rôle sur l'incidence de différents types de cancer dans la région et doivent faire l'objet d'une attention particulière.

L'accès de tous à un dépistage de qualité

Le dépistage organisé (DO) des cancers (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus) est confié à des structures départementales ou interdépartementales qui assurent la gestion des invitations, le suivi des résultats, le contrôle de la qualité et la communication auprès du public et des professionnels. Ces structures sont cofinancées par l'ARS, l'Assurance Maladie et les Conseils Départementaux.

Le diagnostic à un stade de plus en plus précoce améliore la survie du cancer du sein. En 2013-2014, 36,4 % des femmes âgées de 50-74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein en Paca, mais seulement 24,4 % des bénéficiaires de la CMUC. Cette participation est de 30% inférieure à la moyenne nationale (52,1%) et en baisse constante depuis 2008 (-4,3% entre 2008 et 2014 en France et en PACA). En prenant en compte le dépistage individuel par mammographie, on arrive à une participation de 60,2 % dans la région et de 49,2 % chez les bénéficiaires de la CMUC.

Des femmes âgées de plus de 74 ans ayant arrêté leur surveillance, sont parfois vues avec des diagnostics tardifs de tumeurs du sein au stade ulcéré ou rétracté, grevant leur qualité de vie et leur survie. L'amélioration du dépistage du cancer du sein par des examens systématiques des seins des femmes âgées lors des consultations de médecine générale doit être un objectif pour les 10 prochaines années.

Le dépistage du cancer colon est désormais plus sensible grâce au test immunologique. On observe une disparité territoriale des taux de participation au DO, le taux de la région Paca étant parmi les plus bas de France métropolitaine en 2015-2016 : 22,4% contre 29,3% au niveau national.

Action phare du Plan cancer 2014-2019, le dépistage généralisé du cancer du col de l'utérus se prépare. Pour réduire de 30 % son incidence et sa mortalité d'ici à 10 ans. Un enjeu majeur quand on sait que, selon les données nationales, 90 % de ces cancers pourraient être évités et que 31 000 femmes ont chaque année des lésions précancéreuses ou cancéreuses. Alors que plus de 3 000 sont touchées par une forme invasive et que plus de 1 000 en meurent.

En région PACA, la préparation et l'organisation des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été confiées par l'ARS Paca à la structure ARCADES pour l'ensemble de la région.

La fragilité des personnes en situation de précarité

La précarité de certaines populations les rend plus fragiles face au cancer, en termes de prévention, de dépistage et de prise en charge. Les progrès thérapeutiques actuels contribuent à transformer des pathologies cancéreuses, au pronostic redoutable il y a encore quelques années, en maladies «chronicisées».

Améliorer la prise en charge en proximité

Les problématiques des cancers doivent être prises en compte comme celles de maladies chroniques, avec en particulier l'amélioration des soins de proximité dans le parcours de ces patients, et une bonne réactivité dans les épisodes «aigus» du parcours.

Le développement des chimiothérapies orales et des thérapies ciblées va probablement augmenter le nombre de patients pris en charge à leur domicile. D'ici à 2020, la proportion de traitements par voie orale pourrait passer des 25 % actuels à 50 %. Les choix thérapeutiques seront de plus en plus variés et complexes avec des patients de plus en plus ambulatoires du fait notamment de la prolongation de survie de certains stades métastatiques.

L'efficacité des soins de proximité a un impact majeur sur la qualité de vie des patients, leur parcours et d'un point de vue économique. L'importance de l'observance de ces traitements, la connaissance de leurs effets secondaires potentiels et la détection des symptômes évocateurs doivent faire partie

des capacités offertes aux patients. Ils sont demandeurs d'informations et/ou de formations, afin d'être en capacité d'être associés aux décisions qui les concernent.

Les apports de la médecine génomique personnalisée

L'amélioration des connaissances scientifiques du génome humain et des mécanismes d'action des gènes et de leurs mutations conduit à proposer aux patients des traitements d'avantage personnalisés. La caractérisation des tumeurs à l'aide de la biologie moléculaire devrait également profiter aux patients métastatiques dans le suivi de leurs tumeurs et l'adaptation des traitements permettant une tendance à la désescalade thérapeutique. La biopsie liquide sera probablement dans les années à venir une alternative à la biopsie tissulaire dans plusieurs indications. En effet, elle permet d'identifier des récives précoces de la maladie, des détections précoces de résistances aux immunothérapies et donc de monitorer la maladie métastatique. Ses intérêts sont majeurs dans le mélanome, les cancers pulmonaires et du colo-rectaux.

Les difficultés liées au développement de la médecine génomique sont de plusieurs ordres :

- Un problème financier potentiel si les analyses dites de premier niveau sont confiées aux laboratoires privés.
- La démographie médicale et en ingénieurs : actuellement, il est constaté un manque d'internes du DES de biologie médicale formés en biologie moléculaire et un déficit marqué d'ingénieurs formés en génomique et bio-informatique.
- Le diagnostic génétique des tumeurs doit être amélioré en termes de lisibilité et d'accès pour les patients. En effet, l'enquête régionale « Circuit des examens de Génétique Moléculaire des Tumeurs », menée en 2015 par le RRC, a permis de mettre en évidence la grande hétérogénéité des pratiques dans ce domaine au sein des établissements autorisés au traitement du cancer.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Proposer une offre régionale de prévention et de dépistage des cancers.

Objectif 2 : Prendre en compte les facteurs environnementaux dans l'apparition des cancers en plus des mesures de prévention présentées dans la santé environnementale.

Objectif 3 : Améliorer la lisibilité de l'offre de prise en charge

Objectif 4 : Anticiper sur les nouvelles organisations

Objectif 5 : Construire l'articulation des soins en lien avec la ville

Objectif 6 : Proposer des formations aux usagers et aux professionnels de santé

Objectif 7 : Insérer chacune de ces actions dans un plan global de qualité.

Objectif 1 : Proposer une offre régionale de prévention et de dépistage des cancers.

- Poursuivre les démarches de prévention pour des comportements favorables à la santé : la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme excessif, éducation nutritionnelle et lutte contre l'obésité des jeunes.
- Consolider le travail avec les partenaires institutionnels pour prévenir les cancers professionnels.
- Poursuivre le déploiement territorial du dépistage organisé des cancers de la femme, rénover le programme de dépistage du cancer du sein, améliorer les conditions du diagnostic précoce des cancers gynécologiques.
- Sensibilisation les médecins aux dépistages spécifiques des cancers de la femme, y compris chez la femme âgée.

Objectif 2 : Prendre en compte les facteurs environnementaux dans l'apparition des cancers en plus des mesures de prévention présentées dans la santé environnementale.

Objectif 3 : Améliorer la lisibilité de l'offre de prise en charge

- Faciliter le recours aux experts.
 - Travailler avec les experts en hématologie afin de mutualiser leurs compétences et faciliter le recours à un avis.
 - Poursuivre l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires spécialisées : les RCP pour cancers rares font déjà l'objet d'un recensement et d'un affichage sur le site du **RRC ONCOPACA Corse**. D'autres RCP comme celles d'hématologie, devraient faire l'objet d'une clarification du fonctionnement et d'un partage de l'accessibilité à tous les acteurs de la région afin d'inciter à une prise en charge de qualité pour les pathologies malignes hématologiques, qu'elles soient aiguës ou chroniques.
 - Réaliser un annuaire régional des soins de support : afin d'élargir l'accessibilité des patients aux soins de support, l'ensemble des acteurs de la cancérologie intégrera dans cet annuaire les services qu'ils ont mis en place dans les structures autorisées. Le réseau ONCOPACA Corse est en charge de cet annuaire sur la plateforme PIC.
 - Renforcer le maillage entre les structures de spécialités et de soins palliatifs (équipes mobiles ou HAD) par une meilleure visibilité sur le répertoire des ressources
 - ✓ Améliorer la visibilité des HAD en définissant des territoires d'intervention et en homogénéisant les prises en charge spécifiques sur le territoire (par exemple : Soins palliatifs, chimiothérapie, oncopédiatrie....)
 - ✓ Permettre l'information des urgentistes, pour qu'ils aient directement accès aux avis des spécialistes en cas d'urgence et à une filière fluide pour ces patients fragiles
 - ✓ Mettre cette information à disposition des usagers, de plus en plus acteurs dans leur prise en charge et de plus en plus familiers avec le numérique et la e-santé.

Objectif 4 : Anticiper sur les nouvelles organisations

- **Organiser des plateaux techniques adaptés et de qualité**
 - Organiser la gradation des soins et prévoir l'utilisation mutualisée entre les équipes des plateaux techniques les mieux équipés. Les évolutions attendues de l'organisation de la chirurgie, de la radiologie interventionnelle et la révision annoncée des critères d'agrément de la cancérologie vont tenir compte des évolutions technologiques ayant des implications dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients. Dans ce contexte, il n'apparaît pas opportun de prévoir de nouveaux sites de prises en charge.
 - Informatiser le circuit de demande de tests de génétique moléculaire, pour développer le recours à la médecine génomique personnalisée. Il sera nécessaire de l'informatiser, afin d'avoir un résultat facilement accessible. Ce circuit pourrait être intégré au dossier communicant de cancérologie par le biais du futur logiciel de RCP régional, e-RCP. L'utilisation de ce logiciel pourra être généralisée à toutes les structures autorisées dans la prise en charge du cancer en région PACA. L'ARS PACA sera vigilante sur l'aspect financier de la génomique tumorale.

- **Organiser les suites des prises en charges pour les patients complexes**

- Identifier des structures de soins de suite capables de recevoir des patients lourds, poly pathologiques, complexes, que ce soit dans les suites d'un traitement chirurgical ou d'un traitement médical afin de les aider à retrouver une autonomie tout en apportant les soins que nécessite leur prise en charge. Ces structures devront être équipées en moyens pour délivrer des soins palliatifs aux patients qui en relèvent et des soins de support de qualité. La typologie des patients relevant des soins de suite et de réadaptation devra être précisée en accord avec les professionnels de santé.
- Formaliser les coopérations territoriales au sein des groupements hospitaliers de territoires, pour répondre aux objectifs d'accessibilité aux soins, d'homogénéisation des pratiques, d'amélioration de la pertinence des soins et du bon usage des dépenses d'assurance-maladie.

- **Poursuivre le virage ambulatoire dans la prise en charge du cancer**

- Développer des hôpitaux de jour pluridisciplinaires où le patient pourra avoir accès à des circuits diagnostiques rapides en ambulatoire et où il pourra avoir l'évaluation de ses besoins de soins de support par des professions médicales et paramédicales disponibles. Ces hôpitaux de jour auront un intérêt surtout pour les patients les plus fragiles comme les patients âgés, en perte d'autonomie, les patients dénutris, atteints de handicap physique ou psychique ou les patients isolés sur le plan social.
- Améliorer la pertinence des prescriptions, multiplications de traitements ... risque d'acharnement thérapeutique.
- ✓ Généraliser la tenue des RCP complémentaires pour tout traitement à partir de la troisième ligne de chimiothérapie.
- ✓ Mesures du plan cancer/soins palliatif,
- ✓ Personnes de confiance,
- ✓ Directives anticipées.
- Développer l'offre de soins de support, de manière pluridisciplinaire en mutualisant les ressources au sein de structures pluridisciplinaires mais également au niveau de la ville avec une amélioration de certaines prises en charge ambulatoires. Dans ce contexte, le développement de la rééducation ambulatoire par des structures de SSR aura un intérêt.
- Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire.
- Accompagner les progrès de la radiothérapie avec des volumes cibles de plus en plus précis et le développement de la radiothérapie hypo-fractionnée. On estime que la réduction du nombre de séances concernera la moitié des traitements des cancers du poumon et 45 % des traitements des cancers du sein. La radiothérapie per-opératoire permettra de remplacer 25 séances de radiothérapie par une seule au moment de la chirurgie.
- Soutenir le développement de nouveaux métiers. Les infirmières de coordination ont un rôle majeur dans l'organisation du parcours de ces patients et dans le lien avec les soins de proximité. La délégation de tâches des médecins vers les professionnels paramédicaux sera également une réponse face à la raréfaction de certaines spécialités (en hématologie par exemple), et la tension sur certaines pathologies.
- Favoriser le développement et la prescription de l'HAD pour les patients qui en relèvent pour organiser des prises en charge sécurisées et confortables pour ces patients.

- **Rapprocher les structures majeures impliquées dans la prise en charge du cancer dans la région.**

Il est nécessaire d'améliorer la visibilité de ces organisations en organisant la gradation des prises en charge. C'est le cas de l'hématologie qui doit pouvoir se faire dans des conditions de sécurité minimale avec accès à une réanimation spécialisée ou formée aux pathologies hématologiques.

Si on prend l'exemple de l'AP-HM et de l'IPC, il est souhaitable que ces structures poursuivent leur coopération comme elles le font déjà dans certaines thématiques comme l'oncogériatrie et l'oncofertilité et dans la recherche.

Le rapprochement de ces structures ainsi que du CAL et du CHU de Nice sera indispensable dans la prise en charge spécifique des Adolescents et Jeunes Adultes (AJA) qui nécessitent des expertises conjointes des oncopédiatres et des oncologues médicaux. Hors les spécialités d'oncopédiatrie sont rattachées aux CHU. C'est le cas de l'AJA team créée au CHU de Nice fin 2016 et qui doit poursuivre son intervention au sein du CAL. Au sein de l'AP-HM et de l'IPC un projet conjoint a été rédigé et une RCP AJA de recours inter-établissement a débuté en octobre 2017.

Le rapprochement de ces 4 structures sera indispensable et permettra de rendre incontournable l'expertise de ces centres concernant la prise en charge des adolescents et jeunes adultes par une validation de leur traitement en RCP de recours inter-établissement voire régionale.

- **Développer les consultations du risque sur des territoires expérimentaux.**

En raison des spécificités des besoins des territoires, deux consultations du risque ont été développées dans les Bouches du Rhône, avec le CH de Martigues (expositions sur le bassin industriel de l'Etang de Berre), et dans le Vaucluse, avec l'Institut Ste Catherine, du fait des expositions des travailleurs à l'amiante et qui prévoit une extension de son activité en lien avec le CH d'Avignon sur les expositions aux pesticides.

Objectif 5 : Construire l'articulation des soins en lien avec la ville

- Utiliser les outils informatiques pour partager l'information sur les patients : la messagerie sécurisée permet d'informer le médecin traitant dans des délais brefs, et compatibles avec ceux de la décision médicale, de faire un retour d'information ou un questionnement des spécialistes référents au médecin traitant. L'administration de chimiothérapies ou de thérapies ciblées par voie orale améliore le confort de vie des patients et limite les déplacements vers l'hôpital. Néanmoins les produits administrés sous cette forme ne perdent pas leur toxicité et ces toxicités sont régulièrement découvertes à un stade tardif. La gestion de la toxicité potentielle de ces thérapies orales rend indispensable les échanges entre l'équipe de proximité et l'établissement de santé référent. Les pharmaciens de ville et d'établissement auront un rôle majeur dans conciliation médicamenteuse pour les patients atteints de cancer .
- Elaborer les protocoles de suivi, afin de préciser au médecin traitant ou à la structure d'accueil, les soins complémentaires dont le patient a besoin dans les suites de la prise en charge spécialisée. Ils sont à définir aussi bien dans les suites opératoires que dans les prises en charges médicamenteuses.
- Soutenir l'utilisation des outils connectés. Une étude présentée à l'ASCO en 2017 a montré leur impact positif sur la survie, meilleur que certaines thérapies anti-cancéreuses. La mise en application de ces outils devra faire l'objet d'évaluations tant médicales que médico-économiques afin de pouvoir mesurer la reproductibilité des expérimentations financées.

- Utiliser la télémédecine pour faciliter l'accès aux consultations de recours et les échanges entre le patient, les professionnels de proximité et les professionnels des établissements de santé.
- Solliciter les plateformes territoriales d'appui pour améliorer la lisibilité et l'utilisation des fonctions d'appui à la coordination des parcours complexes. Les PTA sont des interlocuteurs privilégiés des professionnels de santé et des établissements de santé pour organiser l'utilisation des fonctions d'appui.

Objectif 6 : Proposer des formations aux usagers et aux professionnels de santé

- Poursuivre et adapter le développement des programmes d'éducation thérapeutique aux évolutions des traitements.
La formation du patient permet l'acquisition des compétences qui maintiendront l'autonomie de la personne et feront diminuer les complications. Les programmes d'éducation thérapeutique, qui sont actuellement adaptés pour former les patients à certaines prises en charge (par exemple la gestion des thérapies orales) se révèlent trop lourds et trop complexes pour former les patients à d'autres traitements : maniement d'une prothèse par exemple. Il nous faut rester à l'écoute des projets et accompagner les expérimentations dans ce domaine.
- Développer et mutualiser les dispositifs de patient-expert, qui ont fait leur preuve à l'étranger.
- Soutenir les dispositifs de e-learning à destination des professionnels de santé libéraux pour mettre à jour ou maintenir leurs compétences dans ce secteur qui connaît d'importantes innovations.

Objectif 7 : Insérer chacune de ces actions dans un plan global de qualité.

- **Mesurer les délais.**
Les actions biologiques des traitements des cancers doivent, pour être efficaces, respecter un minimum de normes dont certaines sont référencées. A ce titre la mesure des délais de prises en charge est un indicateur important pour s'assurer du service rendu au patient.
- **Veiller à la pertinence des actes, des actions et dispositifs.**
L'introduction des seuils, le développement de nouveaux actes et technologies, peuvent susciter un engouement au détriment de la pertinence des indications. Le suivi d'indicateurs de pertinence des parcours de soins permettra d'observer la cohérence entre la réalité des prises en charge et les recommandations de bonnes pratiques.
- **Mesurer la survie et la qualité de vie du patient.**
L'observation des résultats des dispositifs mis en place sur la survie et la qualité de vie des patients est nécessaire pour proposer des améliorations ou des corrections. Le réseau régional de cancérologie, partenaire de l'ARS, sera en charge d'élaborer, de mettre en place et de suivre ces différentes actions de suivi des résultats.

Résultats attendus :

- Diminution des hospitalisations via les urgences pour les patients suivis pour un cancer
- Augmentation des taux de chirurgie ambulatoire en cancérologie
- Amélioration de la qualité de vie des patients
- Augmentation les taux de dépistage des cancers du sein et du colon
- Cancers évitables : diminution du nombre de consommateurs de cigarettes et d'alcool.
Augmentation des taux de couverture vaccinale contre le HPV.

3.4.6 Insuffisance rénale chronique (IRC)

Contexte

Incidence en PACA en 2015 : 1025 nouveaux patients dont 967 dialysés en PACA, 22 dialysés hors PACA et 36 greffes préemptives (réalisées avant passage en dialyse).

L'évolution de l'incidence en PACA (données REIN) : 679 nouveaux patients en 2004, 904 en 2011 et 1025 en 2015.

Prévalence globale en PACA en 2015 : 6812 patients (répartis ainsi = 4120 en dialyse et 2692 en greffe)

Concernant la greffe, on observe un taux de réalisation de 7,7 % sur donneur vivant (vs 10,4 % en France métropolitaine).

Un grand nombre de pathologies surreprésentées dans la population des dialysés justifiaient une politique de prévention ciblée :

- Le diabète : 41,2 % des nouveaux dialysés de PACA sont diabétiques (vs 5,1 % dans la population générale PACA).
- Les comorbidités cardio-vasculaires (dont pathologies coronariennes, insuffisance cardiaque, ... mais aussi obésité et tabagisme) : au moins une de ces comorbidités est retrouvée dans 57,7 % de ces patients.
- L'obésité (analysée séparément) : 20 % des patients ont un Indice de Masse Corporelle supérieure ou égal à 30 versus 11,7 % dans la population générale PACA).

L'entrée précoce dans une filière de prise en charge à un impact majeur sur l'espérance de vie. Or en PACA l'âge médian des dialysés incidents en PACA est de 76,6 ans (vs 71,4 ans en France métropolitaine, soit l'un des plus élevés).

La greffe rénale est le traitement le plus efficace de l'insuffisance rénale chronique terminale. La Haute Autorité de santé reconnaît qu'elle procure la meilleure qualité de vie. Notre région connaît un certain retard dans le déploiement de la greffe : elle se situe au 18ème rang en France en 2013 pour l'inscription des patients de moins de 60 ans sur la liste d'attente pour l'accès de la greffe à M0, et au 17ème rang à M3.

Identification des grandes ruptures et/ou problématiques

L'insuffisance rénale chronique est une maladie silencieuse et insidieuse. Elle concerne un grand nombre de patients et a des conséquences fortes sur la qualité de vie et les traitements mis en œuvre. Les coûts liés sont importants.

La prévention de cette maladie est encore trop peu développée pour enrayer l'évolution croissante du nombre de nouveaux cas.

Cette maladie est peu connue des usagers et patients, un réel déficit d'information est constaté sur ses facteurs de risques et sur ses conséquences.

Le suivi des patients diagnostiqués à risque ou devenus insuffisants rénaux chroniques mériterait d'être amélioré, pour anticiper et limiter les dégradations de l'état de santé.

Le parcours de santé du patient porteur d'une insuffisance rénale chronique comprend l'intervention de plusieurs professionnels et leur coordination est insuffisante.

La dialyse fait partie du parcours de soins du patient porteur. Indispensable et régulière, elle impacte fortement l'organisation quotidienne du patient. Actuellement, les choix des modalités de traitement et le fonctionnement des structures de dialyse sont peu connus.

La greffe est une étape clef dans le parcours du patient porteur d'IRC, car elle permet la guérison. Cependant, le parcours est complexe pour l'inscription sur la liste d'attente à la greffe. Une fois greffé, le suivi des patients doit être organisé pour éviter les perdus de vue.

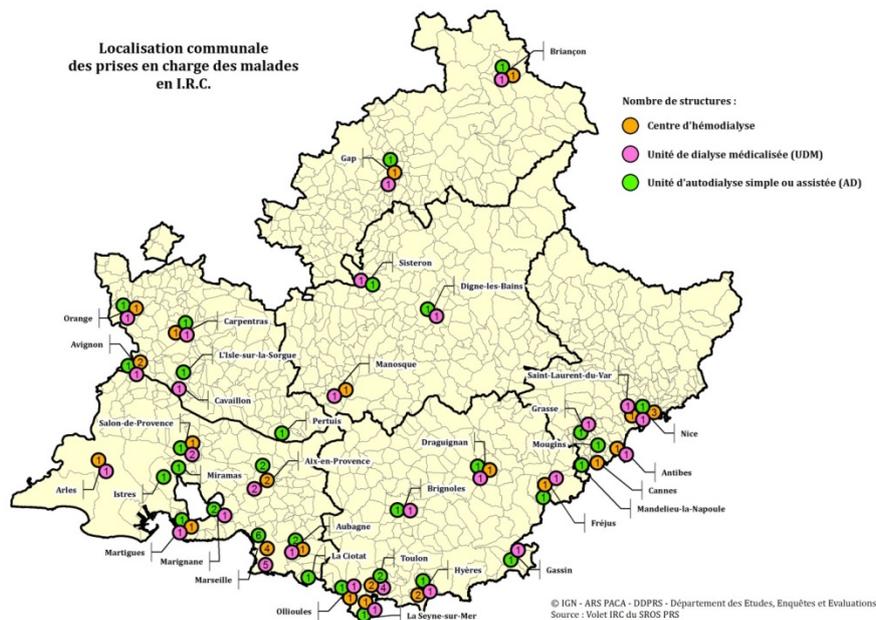
Caractéristiques de l'offre

L'offre de soins en IRC est conséquente de notre région, mais il existe des inégalités entre les territoires, certains étant beaucoup mieux dotés que d'autres.

L'offre de soins à domicile est peu développée, notamment pour la dialyse. La dialyse péritonéale doit être d'avantage proposée.

L'offre de proximité pourra être renforcée en s'appuyant sur la télémédecine.

Dans notre région, l'accès à la greffe doit être développé.



Enjeux

- Améliorer le repérage des facteurs de risques comme le diabète et l'HTA, le suivi régulier des patients repérés et l'information des patients sur leur maladie et son évolution sont autant de démarches à amplifier pour éviter ou retarder l'apparition de la maladie mais également ralentir son évolution. Diminuer le nombre de dialyse en urgence et le nombre de patients arrivant en suppléance :
- Privilégier la réalisation des traitements par dialyse en dehors des centres, à proximité du lieu de vie du patient, en dehors des centres. Dans notre région, le nombre de patients traités en centres est bien supérieur à celui constaté sur le reste du territoire national (68 % en Paca contre 59% en France). La prise en charge à domicile est également à développer (4,5 % de dialyse péritonéale à domicile en Paca ; 6,5 % en France).
- Augmenter le nombre de patients greffés et l'inscription sur la liste d'attente pour l'accès à la greffe chez les personnes de moins de 60 ans.
- Construire une nouvelle relation entre les patients et les soignants à travers une meilleure information du patient et le changement des pratiques des professionnels de santé, ceci afin d'apprendre au patient à mieux gérer sa vie avec une maladie chronique et changer ses comportements face à la maladie.

La e-santé et la télémédecine offrent de nouvelles possibilités pour sécuriser les soins à distance.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Renforcer la politique de prévention et le repérage précoce de l'insuffisance rénale chronique

Objectif 2 : Améliorer l'information du patient, et de ses proches, sur sa maladie, son traitement et son suivi

Objectif 3 : Améliorer le suivi des patients pour retarder la mise en œuvre de la suppléance (dialyse-greffe stade 4-5) et éviter le nombre trop important de dialyses en urgence.

Objectif 4 : Identifier des «filiales de soins dialyse-greffe» pour optimiser la gradation des soins

Objectif 5 : Adapter les prises en charge des patients en situation complexe, en situation de dépendance ou de handicap.

Objectif 6 : Promouvoir la greffe, particulièrement préemptive et par donneurs vivants et améliorer l'inscription sur la liste d'attente pour l'accès à la greffe.

Objectif 7 : Développer la formation et l'exercice des infirmières de pratiques avancées en néphrologie.

Objectif 1 : Renforcer la politique de prévention et le repérage précoce de l'insuffisance rénale chronique

- Impliquer tous les professionnels de santé du premier recours. L'information et la formation des médecins généralistes et spécialistes ainsi que des autres professionnels de santé pourra prendre des formes différentes, associant la formation initiale, la formation continue et les démarches d'information menées par l'assurance maladie.
- Renforcer le rôle de tous les professionnels intervenant dans le suivi et l'accompagnement des patients : les pharmaciens, sur la iatrogénicité, la néphrotoxicité des molécules (ex AINS), la prévention ; les biologistes, sur la surveillance de résultats biologiques et la réalisation de courbes de surveillance : les infirmières sur le suivi des patients à risque ou en ALD, le suivi du cahier de surveillance, le lien avec le médecin généraliste ou spécialiste.
- Mettre en place des campagnes d'information de tous les publics, sur l'éducation à la santé, sur le don d'organes, en lien avec l'éducation nationale, les coordonnateurs hospitaliers de prélèvement, et les médias.

Objectif 2 : Améliorer l'information du patient, et de ses proches, sur sa maladie, son traitement et son suivi.

- Participer à la création d'une plateforme d'information et de formation des patients, accessible à tous. Le contenu de cette plateforme sera constitué d'informations simples et compréhensibles, utilisant les différentes formes de media disponibles (par exemple, des vidéos). Ce contenu sera élaboré avec des médecins spécialistes et approuvé par un comité scientifique. Cette plateforme pourra également proposer une offre d'e-learning, pour conforter l'information donnée aux patients pendant la consultation d'annonce et lors des séances d'éducation thérapeutique.
- Développer l'offre d'éducation thérapeutique du patient dans la proximité et sur tout le territoire, notamment dans les cabinets de médecins libéraux, dans les structures d'exercice coordonné type maison de santé pluri professionnelles ou centre de santé.
- Elaborer des recommandations régionales pour la consultation d'annonce.
- Développer et rendre lisible l'offre de soins de support : diététicien, psychologue, assistante sociale, éducation thérapeutique.

Objectif 3 : Améliorer le suivi des patients pour retarder la mise en œuvre de la suppléance (dialyse-greffe stade 4-5) et éviter le nombre trop important de dialyses en urgence.

- Expérimenter l'accompagnement par une infirmière, qui anticipera les étapes nécessaires à la prise en charge du patient, s'assurera de la bonne réalisation des dossiers nécessaires pour l'inscription de la liste de greffe, et préparera les bonnes conditions pour l'entrée en dialyse.
- Identifier les critères de pertinence des dialyses, mettre en place le suivi pour préciser les dialyses potentiellement évitables.

Objectif 4 : Identifier des « filières de soins dialyse-greffe » pour optimiser la gradation des soins

- Analyser l'organisation territoriale de l'offre de soins existante, en identifiant les points forts et les points faibles. Proposer des actions ciblées d'amélioration sur les filières qui ne répondent pas aux objectifs fixés.
- Identifier et rendre visibles des filières de soins dialyse-greffe. Ce sont des regroupements d'établissements sur une zone géographique définie offrant les quatre modalités de traitement sous l'autorité d'une équipe de néphrologues. L'analyse de l'activité, notamment celles du registre REIN, se réalisera ensuite par filière. Elle aura notamment pour objet d'identifier les leviers d'amélioration à mettre en place pour la prise en charge de l'IRC.
- Déployer les outils de la télémédecine, en particulier dans les zones fragiles : télésurveillance pour les patients dialysés, téléconsultation demandée par une infirmière intervenant dans une unité de dialyse située à proximité du domicile des patients et loin du néphrologue.
- Optimiser les conditions de réalisation des dialyses au domicile.
- Expérimenter des organisations permettant les prises en charge à proximité du domicile, par exemple avec la création d'une unité mobile d'auto dialyse, dans des zones isolées, pour prendre en charge les patients fatigués par les transports et qui ne peuvent pas bénéficier d'une dialyse à domicile.

Objectif 5 : Adapter les prises en charge des patients en situation complexe, en situation de dépendance ou de handicap.

- Proposer une prise en charge pluri-disciplinaire néphrologue - consultations spécialisées (gériatre ou autre) - service sociaux, afin de retarder la mise en dialyse systématique.

Objectif 6 : Promouvoir la greffe, particulièrement préemptive et par donneurs vivants et améliorer l'inscription sur la liste d'attente pour l'accès à la greffe.

- Identifier un coordonnateur du parcours du patient en pré-greffe, qui assurera également le suivi post-greffe.
- Organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires par visioconférence pour les dossiers complexes et de la téléconsultation pour les donneurs vivants qui habitent à distance du centre hospitalo-universitaire référent.
- Utiliser des outils d'information partagée entre les professionnels de la filière et l'équipe de proximité (néphrologue de la greffe, le néphrologue référent et le médecin traitant) : dossier partagé, messagerie sécurisée.
- Elaborer et suivre des indicateurs de greffe.

Objectif 7 : Développer la formation et l'exercice des infirmières de pratiques avancées en néphrologie.

- Poursuivre le cursus universitaire de master d'infirmière de pratiques avancées en néphrologie, créé en septembre 2017. Ce cursus doit permettre de former des infirmières pour

accompagner le suivi du parcours du patient de la découverte de son IRC jusqu'à la suppléance et le suivi du patient greffé. Il doit également rendre possible le bon exercice de la délégation de tâches (cf partie 1-3 sur les ressources humaines en santé).

- Expérimenter des organisations pour les transports.
- Expérimenter une régulation des transports départementale ou régionale, en particulier sur le transport des personnes bénéficiant de dialyse de façon régulière (3 fois par semaine). Afin d'optimiser les transports récurrents et de gérer les horaires en fonction de la distance, des difficultés d'accessibilité sont identifiées dans les départements des Alpes de Haute Provence, des Alpes Maritimes et du Var, en particulier l'été.

Résultats attendus :

- Diminution du nombre de dialyses en urgence
- Existence de filières opérationnelles
- Augmentation du nombre de téléconsultations en UDM et UAD
- Augmentation du nombre de patients inscrits sur la liste de greffe à 12 mois
- Augmentation du nombre de patients greffés par donneurs vivants

3.4.7 Accident vasculaire cérébral

Enjeux

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont un réel problème de santé publique. Avec 2 400 cas par million d'habitants et par an, les AVC constituent en effet, chez l'adulte, la première cause de handicap physique acquis, la deuxième cause de troubles cognitifs - un accident vasculaire sur quatre est une récurrence et entraîne très souvent des troubles cognitifs - et la troisième cause de mortalité.

En outre, le nombre d'AVC devrait augmenter en raison de l'allongement de la durée de vie. Et ces données se retrouvent quelles que soient les régions, la prévalence pouvant toutefois varier d'un territoire à l'autre.

Cette affection concerne environ 400 000 personnes en France, et touche chaque année environ 130 000 nouveaux patients.

Elle constitue à la fois une pathologie aiguë (nécessitant une prise en charge en extrême urgence) et une maladie chronique (séquelles invalidantes conduisant de nombreux patients à la fréquentation du système de santé sur une longue période – 225 000 personnes classées en ALD AVC notamment).

Elle mobilise une filière de soins spécifique par sa longueur, sa complexité et l'organisation qu'elle requiert (spécialités médicales, structures diversifiées, ...).

L'AVC est une urgence médicale majeure pour lequel l'enjeu essentiel est le délai de prise en charge qui doit être le plus court possible, pour assurer le diagnostic initial et réaliser les gestes d'urgence qui s'imposent. La constitution de la filière AVC poursuit donc deux objectifs principaux :

- Organiser un maillage du territoire par des filières organisées, autour des UNV de recours ou de proximité, pour assurer à toute personne atteinte d'AVC cette prise en charge en urgence répondant à des critères de qualité et de sécurité.
- Intégrer l'ensemble des acteurs pour assurer une continuité de la prise en charge sanitaire, qu'elle soit effectuée par des acteurs hospitaliers ou libéraux, sociale et médico-sociale pour prévenir ou réduire les séquelles liées à cette maladie.

Il s'agit d'offrir à chaque patient un «plan de soins personnalisé» (PPS) formalisé avec l'équipe pluridisciplinaire de l'UNV pour tout patient victime d'AVC. Le PPS doit dérouler sur la phase aiguë, la

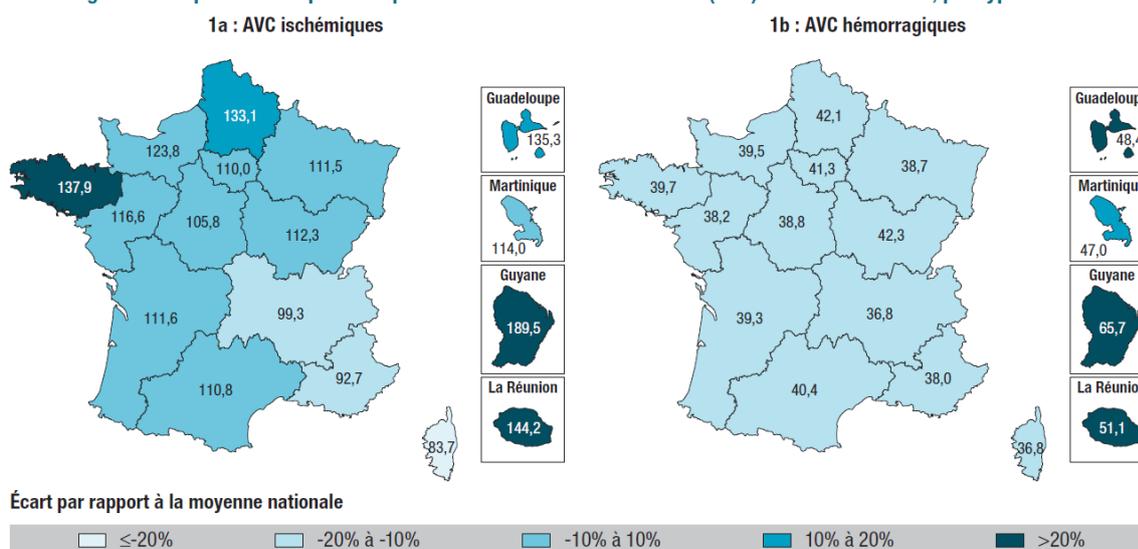
phase secondaire précoce et la phase de consolidation, le programme adapté de prise en charge et notamment la mobilisation des professionnels et les lieux de prise en charge.

L'organisation «en étoile» autour des UNV, qui ont un rôle de pivot et de référence pour les établissements de proximité, permet d'optimiser la prise en charge des personnes touchées par un AVC en raccourcissant au maximum le délai d'accès au diagnostic initial et au traitement et en renforçant les liens entre ces établissements au travers de conventions et de protocoles communs.

Le taux de prévalence pour 100 000 habitants, standardisé sur l'âge, des AVC en PACA en 2015 était proche du taux national (646 en PACA pour 636 en France).

En revanche, le taux de patients hospitalisés pour AVC ischémique en PACA est parmi les plus bas en France (92,7/100 000)²³.

Taux* régionaux de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC) en France en 2014, par type d'AVC



* Taux standardisés pour 100 000 habitants (standardisation sur l'âge de la population française de 2010).
Source : PMSI, base nationale 2014 (Atih). Champ : France entière (hors Mayotte), tous âges.

Ce constat montre la nécessité d'améliorer la prise en charge de l'AVC en PACA afin que tous les patients atteints d'un AVC puissent être orientés vers une UNV, comme le préconise les recommandations de l'HAS.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Améliorer l'accès aux soins à la phase aiguë.

Objectif 2 : Améliorer l'articulation entre les structures impliquées dans la phase aiguë et les structures d'aval.

Objectif 3 : Améliorer la qualité des soins et des pratiques.

Objectif 1 : Améliorer l'accès aux soins à la phase aiguë.

La prise en charge à la phase aiguë des patients atteints d'AVC doit être améliorée dans la région par un maillage territorial des unités neuro-vasculaires insérées dans une filière coordonnée permettant d'apporter par télémedecine une expertise auprès des Structures d'Urgence ainsi que des services d'hospitalisation de la filière.

- **Renforcer l'offre et la gradation des soins dans le cadre des filières AVC.**

²³ Lecoffre C. et al, l'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés en 2014 et évolutions 2008-2014, Bulletin Epidémiologique hebdomadaire 5, 21 février 2017

- En matière de prise en charge de l'AVC, l'offre de soins est structurée en 3 niveaux :
 - ✓ UNV de recours :
 - ✓ Trois UNV «expert» sont identifiées sur des établissements de recours disposant notamment de service de neuroradiologie interventionnelle :
 - Marseille / AP-HM Timone (recours adulte et enfant).
 - Nice / CHU St Roch - Nice (recours adulte et enfant).
 - Toulon / HIA Sainte Anne (recours adulte).
 - ✓ Trois UNV de proximité sont identifiées :
 - Aix / CH Pays d'Aix.
 - Avignon / CH Avignon.
 - Toulon / CHITS Sainte Musse (projet médical commun avec l'HIA Ste Anne).

Une nouvelle UNV est prévue à Cannes en 2018 permettant de couvrir également une partie du Var est.

La création de nouvelles UNV sur des zones non pourvues pourra être envisagée ultérieurement, mais la démographie des neurologues, ayant une compétence en neuro vasculaire, n'est pas favorable à l'augmentation du nombre d'UNV. Sur ces zones ne disposant pas d'UNV, le développement de la télémédecine, déjà en cours, doit être renforcé.

Ce contexte nécessite également de prioriser, dans les zones déjà pourvues, l'augmentation des capacités des UNV existantes plutôt que la création de nouvelles UNV. Ceci est accentué par le développement de la thrombectomie, acte relevant de la neuro radiologie interventionnelle, et qui, conformément aux recommandations, va augmenter le nombre de patients orientés directement vers les UNV « expert ». Aussi, les capacités de ces UNV en lits de soins intensifs neuro vasculaires devront être adaptées à cette évolution. Après le passage en USINV sur ces sites, une réorientation des patients vers les UNV de proximité est souhaitable afin de ne pas « emboliser » les sites experts et de rapprocher les patients de leur domicile.

- **Etablissements sans UNV avec service d'urgence et de médecine et prenant en charge des patients victimes d'AVC**

Ces établissements s'inscrivent dans la phase aigüe de la filière (paragraphe 2.1.3) mais également à l'issue de la prise en charge en UNV, selon l'état du patients et ses besoins de prise en charge médicale. Cela implique la conduite d'une réflexion multi disciplinaire visant à structurer ces flux d'aval de la filière au niveau du territoire, avec l'identification et la mise en œuvre de lits capables d'accueillir ces retours précoces adaptés aux différents profils des patients.

L'enjeu est d'articuler les prises en charge entre les UNV « expert », les UNV de proximité, et les établissements accueillant les urgences. Une organisation est à définir au sein de chaque territoire, coordonnée par l'animateur de filière.

- **Conforter l'animation des filières AVC.**

Pour soutenir la constitution et l'animation de ces filières, le plan national AVC avait prévu la fonction d'animateur de filière, dont la mission principale, définie dans la circulaire du 6 mars 2012, est « *La constitution, l'animation et la formalisation de la filière territoriale dans toutes ces composantes (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux et professionnels libéraux).* »

L'animateur est chargé de la diffusion et de la maintenance d'outils opérationnels (répertoire opérationnel des ressources, organisation de la permanence des soins, diffusion des protocoles de prise en charge des patients intégrant la télémédecine, organisation des

réunions de concertation pluridisciplinaires), d'organiser les formations et de préparer l'évaluation annuelle de la filière (suivi des indicateurs, cartographie de la filière, analyse des circuits des patients, des séjours longs, des patients hors filières..).».

- Pour assurer l'animation, un coordonnateur doit être identifié au sein de chaque UNV, pivot de l'organisation de la filière au sein du territoire de santé. Il travaille en lien étroit avec les acteurs de l'offre de proximité que sont les établissements disposant d'un service d'urgence. A cet effet, il est souhaitable qu'un «réfèrent AVC» soit identifié dans chaque service d'urgence.

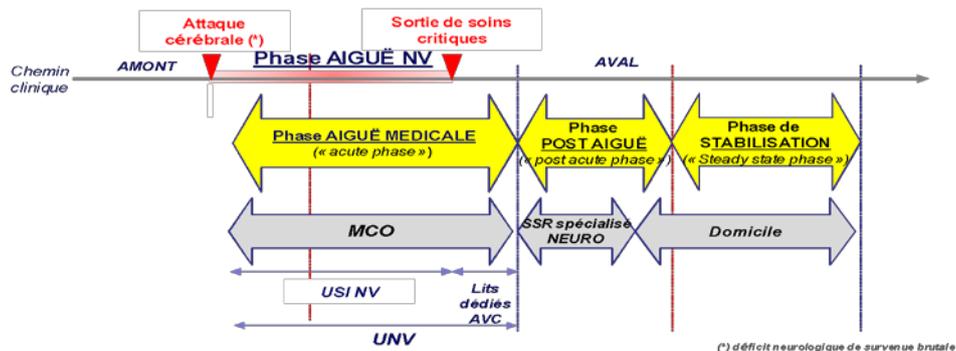
- Principes d'organisation des filières AVC.

Les travaux régionaux sur la prise en charge de l'AVC ont eu notamment pour objectif d'organiser les filières de prise en charge des patients, enfants et adultes, victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) afin de réduire les délais de prise en charge dont l'accès au diagnostic et au traitement.

- **Ces filières s'appuient sur des recommandations (Bonnes Pratiques Fondamentales-BPF) qui déterminent :**
 - ✓ le maillage régional et les conditions générales nécessaires à l'efficacité du fonctionnement des filières,
 - ✓ la régulation (adulte et enfant),
 - ✓ la prise en charge en urgence dans un établissement disposant d'une UNV,
 - ✓ la prise en charge en urgence dans un établissement sans UNV,
 - ✓ la prise en charge d'aval.

Les principes généraux ci-dessous sont détaillés dans les BPF.

Le schéma ci-dessous décrit le chemin clinique du patient victime d'un accident vasculaire cérébral.



• Le maillage régional

L'organisation du maillage régional AVC devra faire l'objet d'une réévaluation annuelle afin de l'adapter à l'évolution des besoins de prise en charge des patients sur les territoires concernés.

Principes généraux :

- ✓ La prise en charge des patients victimes d'AVC est organisée en filières régionales neuro vasculaires.
- ✓ Chaque filière neurovasculaire est organisée en étoile autour d'une UNV. L'UNV est une unité fonctionnellement identifiée, comprenant :
 - des lits de soins intensifs neuro vasculaires (USINV),

- des lits d'hospitalisation «classiques» dédiés,
- une organisation permettant d'apporter par Télémedecine une expertise auprès des Structures d'Urgence ainsi que des services d'hospitalisation de la filière.
- ✓ Chaque filière peut se déployer sur un ou plusieurs territoire(s) de santé en fonction de la population concernée.
- ✓ Chaque filière regroupe autour d'une UNV :
 - des établissements avec une SU organisée pour l'accueil de l'urgence AVC: elle est dotée d'une solution de télémedecine
 - des établissements ne permettant pas l'accueil de l'urgence AVC,
 - des établissements autorisés en service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), EHPAD, USLD, ... pour la filière d'aval.

- ✓ La prise en charge de l'enfant bénéficie d'une filière spécifique organisée autour des UNV expertes pédiatriques. Elle privilégie l'accès direct à ces unités qui sont organisées au sein des unités de soins critiques pédiatriques.
- ✓ Au sein de chaque filière territoriale, l'UNV a un rôle de pivot et de référence pour les établissements de santé de proximité.

● **Organisation des filières**

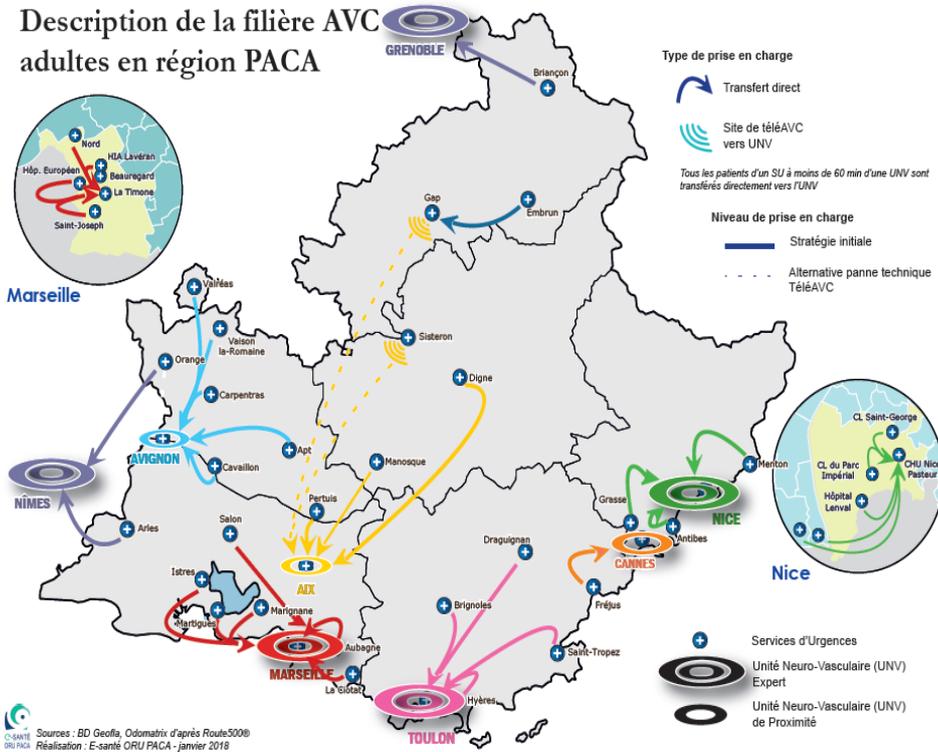
On distingue une filière AVC adulte et une filière AVC enfant et pour chaque filière 2 types d'UNV expert et de proximité.

FILIERE ADULTE			
	Caractéristiques communes	Caractéristiques spécifiques	Etablissements PACA
UNV EXPERT ADULTE	Unité fonctionnellement identifiée et structure pivot de la filière comprenant : - des lits de soins intensifs neurovasculaires (USINV),	- Service Neuro Chirurgie - Service Neuro Radio Interventionnelle	Marseille / AP-HM la Timone Nice / CHU Pasteur Toulon / HIA de Sainte Anne
UNV DE PROXIMITE ADULTE	- des lits d'hospitalisation «classiques» dédiés, - un plateau d'imagerie avec IRM H24 7/7, Organisation permettant d'apporter par télémedecine une expertise auprès des structures d'Urgence ainsi que des services d'hospitalisation de la filière		Aix-en-Provence / CH Pays d'Aix-en-Provence Avignon / CH d'Avignon Toulon / CHITS Sainte Musse Cannes / CH de Cannes (*)

* ouverture prévue en 2018

FILIERE PEDIATRIQUE		
	Caractéristiques spécifiques	Établissements PACA
UNV EXPERT PEDIATRIQUE	<p>- Service de Neuro Pédiatrie</p> <p>- Service d'anesthésie réanimation Pédiatrique (avec permanence H24 7j/7)</p> <p>Un référent AVC de l'enfant est identifié :</p> <p>Il s'agit d'un neuro-pédiatre ou à défaut d'un réanimateur pédiatrique ou d'un pédiatre.</p> <p>il dispose d'un numéro d'appel direct identifié dans le répertoire opérationnel des ressources qui est diffusé au SAMU et aux services des urgences.</p>	<p>Marseille/ AP-HM la Timone</p> <p>Nice / HP CHU de Lenval</p>
	<p>- Chirurgie pédiatrie.</p> <p>-Surveillance continue d'anesthésie pédiatrique (avec permanence H24 7 jours sur 7</p> <p>-Unité Neurovasculaire adulte</p> <p>En cas d'admission dans une UNV de Proximité à la phase aiguë, le patient bénéficie d'un avis expert systématique. Le centre expert peut proposer un transfert direct ou la réalisation d'une imagerie cérébrale (IRM) sur place avant transfert. Ces UNV de proximité pédiatrique sont en mesure d'admettre en hospitalisation les enfants ayant bénéficié d'un avis en centre expert.</p> <p>Le centre Expert peut également être sollicité secondairement par l'UNV Expert pédiatrique pour l'hospitalisation d'un enfant en cas de défaut de place ou pour un rapprochement familial.</p>	<p>Aix-en-Provence / CH Pays d'Aix</p> <p>Avignon / CH d'Avignon</p>

Description de la filière AVC adultes en région PACA



- **La régulation**

Comme indiqué ci-dessus, le développement de la thrombectomie, acte relevant de la neuro radiologie interventionnelle, a nécessité la révision des critères de régulation appliqués précédemment. Ces critères, qui varient selon l'âge et la localisation du patient, peuvent être résumés ainsi

AGE	LOCALISATION DU PATIENT	ORIENTATION
ADULTE	< 30 mn UNV de PROXIMITE ADULTE	- Régulation vers UNV de PROXIMITÉ pour imagerie +/- thrombolyse - Puis transfert secondaire pour NRI sur UNV EXPERT
ENFANT de plus de 12 ans	> 30 mn UNV de PROXIMITE et < 60 mn d'une UNV EXPERT (avec NRI) < 60 mn d'une UNV Expert (avec NRI)	- Transfert direct UNV EXPERT
ENFANT de moins de 12 ans	Quelle que soit la localisation conférence à trois avec l'UNV EXPERT pédiatrique	- Orientation directe en UNV EXPERT pédiatrique. - Orientation directe en UNV de proximité pédiatrique - Jamais vers un site de Télé AVC - Orientation immédiate et directe vers l'une des deux UNV Expert pédiatriques (CHU Lenzval / Timone) après accord du médecin de l'UNV Expert pédiatrique

Les structures de prise en charge des AVC sont référencées dans les logiciels de SAMU les fonctions cartographiques permettent de définir le temps de route ou de vol : UNV expert adulte ; UNV de proximité adulte ; UNV expert pédiatrique ; UNV de proximité pédiatrique ; SU sites de télé-AVC.

- **La prise en charge en urgence dans un établissement avec UNV**

Principes généraux :

- ✓ Dans tous les cas, une organisation intra hospitalière est formalisée avec des procédures opérationnelles écrites.
- ✓ Accès direct ET prioritaire à l'imagerie médicale H24 et 7j/7. L'IRM est l'examen le plus performant pour montrer précocement des signes d'ischémie récente. Il convient de la réaliser de façon privilégiée. En cas d'impossibilité d'accéder en urgence à l'IRM, il convient de réaliser un scanner cérébral.
- ✓ Les patients pouvant bénéficier d'une prise en charge en neuroradiologie interventionnelle par thrombectomie ne peuvent être sélectionnés qu'après réalisation de l'imagerie cérébrale ; Il n'existe pas de score clinique permettant de les repérer dès la régulation.
- ✓ Des protocoles de prise en charge entre le service d'accueil du patient et le service d'imagerie sont définis et contractualisés, ainsi qu'avec le laboratoire de biologie médicale, dans l'objectif de prioriser l'accès des patients AVC.
- ✓ Le délai «door-to-needle time» doit être inférieur à 60 minutes.
- ✓ La performance de l'organisation doit être évaluée régulièrement.

- **La prise en charge en urgence dans un établissement sans UNV**

Principes généraux :

- ✓ L'accueil en urgence peut être réalisé dans un établissement de proximité susceptible d'effectuer l'acte de thrombolyse et répondant aux critères d'appartenance à la filière

suivants:

- établissement disposant d'un service d'accueil des urgences,
 - une équipe de médecins formés,
 - un accès direct au plateau d'imagerie : IRM si l'établissement en est équipé, ou TDM par défaut,
 - et disposant d'une liaison par télé-médecine avec l'UNV (permettant de réaliser de la télé-expertise et de la télé-assistance lors de la réalisation de la thrombolyse).
- ✓ L'IRM doit être réalisée en première intention, sauf en cas de contre-indication ou absence d'IRM dans l'établissement. En cas d'impossibilité, réaliser un scanner cérébral.
 - ✓ Etablissement d'un diagnostic partagé sur l'origine de l'accident (thrombose ou hémorragie) et décision commune sur les gestes à accomplir (thrombolyse, thrombectomie ou transfert en neurochirurgie) à partir des images réalisées.
 - ✓ Dans tous les cas, une organisation intra hospitalière est formalisée avec des procédures opérationnelles écrites.
 - ✓ Des protocoles de prise en charge entre le service d'accueil du patient et le service d'imagerie sont définis et contractualisés, ainsi qu'avec le laboratoire de biologie médicale.
 - ✓ Le délai «door-to-needle time» doit être inférieur à 60 minutes.

- **La prise en charge d'aval**

- ✓ Tout patient victime d'un AVC doit bénéficier, après la phase aigüe et quel que soit le lieu de prise en charge :
 - d'un projet thérapeutique établi sur des critères médicaux fondés sur son état clinique, avec une réévaluation continue de ces propositions,
 - d'une rééducation et d'une réadaptation adaptée à ses besoins,
 - d'une aide à la réinsertion,
- ✓ Le rôle des structures de SSR spécialisé en maladies neurologiques consiste à prendre en charge des patients nécessitant des soins complexes ou importants et pluridisciplinaires de rééducation et/ou de réadaptation préalablement à leur retour à domicile.
- ✓ L'efficacité de la prise en charge dans la filière d'aval repose sur :
 - le repérage précoce et la qualification anticipée des besoins de rééducation,
 - l'initiation précoce de la rééducation,
 - la rationalisation des demandes de lits de SSR sur le module SSR du portail régional,
 - la coordination inter-établissements entre les secteurs MCO et SSR,
 - l'orientation optimisée des patients,

- **Système d'information en appui des filières**

En complément des outils de télé-médecine dont le déploiement devra être généralisé sur les sites d'urgence en lien avec les sites de télé AVC identifiés (cf 2.1.2), le fonctionnement opérationnel des filières s'appuie sur les outils suivants, tous accessibles depuis le portail régional :

- ✓ le module des demandes de places en UNV: il permet de faire une demande de lit en UNV H24,
- ✓ le module de demandes de places en SSR: il permet de faire une demande de place en SSR,
- ✓ le référentiel de bonnes pratiques et procédures: «Bonnes Pratiques Fondamentales».
- ✓ le module de formation e-learning AVC/Télé-médecine, accessible depuis le site du GIP e-santé ORUPACA (onglet "outils numériques") sur les thèmes suivants :
 - Enjeux de santé publique face à l'AVC.
 - Stratégie régionale face à l'AVC.
 - Parcours patient "de la filière AVC.
 - Stratégie thérapeutique face à l'AVC.

- Modalités techniques du téléAVC IRM.
- Modalités techniques du téléAVC Scanner.
- Apport du soignant à la prise en charge de l'AVC.
- Apport du médicoteknique à la prise en charge de l'AVC.
- Réguler un AVC.
- Recevoir aux urgences un AVC.

Objectif 2 : Améliorer l'articulation entre les structures impliquées dans la phase aiguë et les structures d'aval.

- **Instaurer une prise en charge dès la phase aiguë afin de garantir une évaluation du patient par un professionnel de la rééducation.**

Le médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) doit intervenir dès la prise en charge en court séjour en UNV pour :

- Evaluer la sévérité de l'atteinte et son évolution précoce, en établissant une analyse précise des déficiences. Ceci permet d'établir un premier pronostic fonctionnel qui dépend du degré d'intensité des déficiences initiales, du mécanisme lésionnel, des pathologies associées et de l'environnement du patient.
- Contribuer à la prévention, au diagnostic et au traitement des complications de décubitus et des complications propres à l'AVC.
- Orienter le patient vers la filière la mieux adaptée : service de soins de suite et de réadaptation, structure gériatrique, retour à domicile avec soins gradués ambulatoires.

Le médecin de MPR, après concertation avec l'équipe de l'UNV, le patient et sa famille, proposera l'orientation vers la structure la plus adaptée pour une réadaptation personnalisée.

- En structure de soins de suite et de réadaptation spécialisée dans la prise en charge des affections neurologiques, les patients nécessitant des soins complexes ou quantitativement importants de rééducation et/ou réadaptation et une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.
- En soins de suite et de réadaptation polyvalents ou spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées poly pathologiques et dépendantes, en fonction de leur état, les patients nécessitant une surveillance médicale et des soins de rééducation simples, les patients poly pathologiques nécessitant une prise en charge médicale importante, les patients trop fatigables pour suivre un programme spécialisé et/ou des patients dont l'environnement de vie ne permet pas d'envisager un retour au domicile.
- A domicile, les patients présentant des déficiences suffisamment légères, ne justifiant pas une surveillance médicale quotidienne, nécessitant au maximum une prise en charge kinésithérapique et orthophonique et/ou bénéficiant d'un environnement favorable.

Le patient est admis en soins de suite et de réadaptation quand le bilan étiologique complet est effectué, le schéma thérapeutique défini et initié et que l'état clinique est stabilisé.

- **Généraliser l'utilisation du module SSR du portail régional pour la recherche de place en SSR facilitant l'intégration des soins de suite et de réadaptation dans la filière AVC**

Les patients dont l'état nécessite ou ne permet qu'une rééducation simple qui ne peut être réalisée à domicile, ainsi que les patients poly pathologiques justifiant une prise en charge médicale importante relèvent d'une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation polyvalents ou pour personnes dépendantes. Ils doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire par du personnel formé à la prise en charge des AVC dans la structure la plus adaptée.

- **Préparer la sortie de la structure de soins de suite et de réadaptation.**

La sortie d'établissement dépend :

- De la capacité du patient à vivre à domicile, qui s'apprécie par rapport à son degré d'indépendance fonctionnelle et aux possibilités de son entourage. Si le retour à domicile est l'objectif prioritaire, il n'est pas toujours possible. L'orientation du patient se fera alors vers des structures d'hébergement (EHPAD, unités de soins de longue durée, MAS,...).
- Du bénéfice retiré par le patient de la rééducation, mesuré en gain d'indépendance fonctionnelle.
- La préparation au retour à domicile doit commencer dès le début du séjour en SSR avec la définition du projet thérapeutique personnalisé, décliné en une série d'objectifs, qui implique l'adhésion du patient et de sa famille.

Objectif 3 : Améliorer la qualité des soins et des pratiques.

- **Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et les revues de morbi-mortalité au sein des filières**

Une attention particulière doit être accordée dans chaque filière de soins, avec l'appui de l'animateur de filière, à l'application des recommandations et des procédures de prises en charge, à l'évaluation des pratiques professionnelles et aux revues de morbi-mortalités.

- **Suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IPAQSS)**

Les indicateurs suivants, qui font l'objet d'une diffusion publique, ont tous un **taux cible de 80%**. L'analyse de ces indicateurs met en exergue la nécessité impérieuse d'améliorer les pratiques en PACA

- Expertise neuro vasculaire (ENV)
 - ✓ Taux de patients ayant bénéficié d'une expertise neuro vasculaire.

Tout patient ayant un diagnostic d'AVC doit bénéficier d'une expertise neuro vasculaire très précoce. Cette expertise doit permettre de poser/confirmer le diagnostic d'AVC, de définir les traitements et la prise en charge à mettre en œuvre et l'orientation du patient.

Dans un établissement ne disposant pas d'un médecin ayant l'expertise neuro vasculaire, l'avis peut être donné via le télé AVC.

La moyenne régionale est de 66% et la moyenne nationale de 79%
24 établissements de notre région ont des taux inférieurs à 50%.

- Évaluation par un professionnel de la rééducation (EPR1)
 - ✓ Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou un avis par un médecin MPR

La moyenne régionale est de 74 % et la moyenne nationale de 80%
8 établissements ont des taux inférieurs à 50%

- Dépistage des troubles de la déglutition (DTD)
 - ✓ Taux de patients ayant eu un dépistage des troubles de la déglutition

La moyenne régionale est de 61% et la moyenne nationale de 65%
16 établissements ont des taux inférieurs à 50%

- Programmation d'une consultation post AVC (CPA)
 - ✓ Taux de patients ayant une consultation avec un médecin de la filière AVC (Neurologue, médecin MPR ou gériatre) programmée dans les 6 mois suivant sa sortie de MCO.

La moyenne régionale est de 61% et la moyenne nationale de 65%
16 établissements ont des taux inférieurs à 50%

3.4.8 Les plateaux techniques : des éléments de définition

Les activités médico techniques pointues ou complexes partagent de plus en plus de problématiques communes, c'est la raison pour laquelle elles ont été regroupées sous le terme de plateaux techniques. Il est de plus en plus difficile d'imaginer un exercice indépendant entre les différentes activités : chirurgie de recours, interventionnel de recours, réanimation, imagerie, recours à des examens spécialisés, techniques interventionnelles (endoscopies, radiologie).

Les enjeux communs entre ces activités sont :

- La multidisciplinarité croissante, avec des prises en charges multidisciplinaires coordonnées pour chaque patient.
- La présence 24h/24 d'équipes étoffées pouvant assurer une permanence des soins pérenne pour la population.
- Avec évolution vers une permanence des soins parfois mutualisée.
- Des moyens techniques de plus en plus innovants (matériel, équipements de pointe lourds, moyens informatiques) et nécessitant des personnels aux compétences expertes pour en assurer le fonctionnement et la maintenance.
- La nécessité de rationaliser, en amont et en aval, l'accès à ces plateaux hyper spécialisés pour optimiser leur utilisation et éviter leur saturation, facteur de perte de chance pour les patients en période de tension.
- La nécessité d'optimiser leur utilisation en les rendant accessibles à plusieurs équipes, pour éviter la concurrence de plateaux voisins, la course à l'acte nécessaire pour les rentabiliser, et les problèmes liés de pertinence des actes.
- La nécessité de mesurer les résultats finaux de ces activités de soins et la valeur ajoutée pour la santé de la population, tant sur la prise en charge au sein de ces plateaux que sur la prise en charge de tout le parcours.

A partir de ces constats, l'ARS propose d'identifier les plateaux techniques polyvalents et spécialisés en PACA en deux catégories.

Sur le plan juridique, les plateaux techniques sont donc la résultante de plusieurs autorisations complémentaires : chirurgie, réanimation, imagerie, biologie, cardiologie interventionnelle ...°.

Les progrès scientifiques et technologiques ont conduit progressivement à concentrer ces plateaux techniques afin de mutualiser les équipements très coûteux et de disposer d'équipes médicales spécialisées et pluridisciplinaires.

La qualité de ces plateaux techniques polyvalents ou spécialisés a été et reste déterminante dans l'amélioration des soins et des taux de survie. L'égalité d'accès à des plateaux techniques polyvalents de bon niveau est donc une composante indissociable de l'égalité d'accès aux soins.

Les innovations à venir (imagerie, robotisation, numérisations ..., nécessiteront des investissements toujours croissants et la concentration des plateaux techniques est inéluctable.

Plateau technique	Proximité/Recours	Critères	Permanence
Plateaux polyvalents			
Polyvalent	Proximité	La présence simultanée et 24h sur 24 de quatre services : <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance continue avec médecin qualifié dédié - Accès à des examens de biologie - Astreinte opérationnelle de chirurgie polyvalente - Astreinte de radiologie polyvalente. 	
	Recours	La présence simultanée et 24h sur 24 de quatre services : <ul style="list-style-type: none"> - Réanimation, - Imagerie avec astreinte opérationnelle de radiologie interventionnelle, - Astreinte de chirurgie polyvalente, d'endoscopie - Astreinte de biologie 	Les permanences des soins devront être regroupées en priorité sur ces plateaux, éventuellement par mutualisation entre établissements voisins.
Plateaux spécialisés			
Maternité	Proximité	Maternité de niveau II	
	Recours	Maternité de niveau III	
Cardiologie interventionnelle	Proximité	USIC et cardiologue d'astreinte opérationnelle	
	Recours	Usic et cardiologie interventionnelle 24/24 en astreinte opérationnelle	
Urgences neurovasculaires	Proximité	Unité neuro vasculaire	
	Recours	Unité neuro vasculaire et neuroradiologue interventionnel d'astreinte opérationnelle	

3.4.9 Chirurgie

Contexte

Un volume d'actes de chirurgie très important, en forte progression

Les établissements de santé de notre région ont réalisé en 2016, 575 000 actes du périmètre de chirurgie, hors actes de néonatalogie et d'obstétrique, et hors endoscopies (environ 300 000 par an). La progression de 2,8% des actes chirurgicaux entre 2011 et 2015 est plus rapide que la progression de la population.

La transition démographique, avec la prévalence grandissante de sujets âgés et/ou porteurs de maladies chroniques, peut expliquer en partie cette progression du recours, qui va donc probablement rester à des niveaux équivalents voire augmenter pour les actes de chirurgie mini-invasive ou d'interventionnel au sens large.

Les établissements privés réalisent les deux tiers des actes du périmètre de chirurgie ambulatoire et les trois quarts des actes ambulatoires.

Un taux de recours standardisé plus élevé que le taux de recours national, et variable au sein de la région.

Le taux de recours annuel à la chirurgie, comme le taux de recours aux endoscopies, est plus élevé dans notre région (108 actes de chirurgie par 1000 habitants versus 94 pour 1000 en France).

Des disparités territoriales sont constatées entre départements : le taux de recours annuel à la chirurgie, ajusté sur l'âge et le sexe, varie entre 112 chirurgies par an pour 1000 habitants dans le Var à 101 chirurgies par an pour 1000 habitants dans les Alpes de Haute Provence, contre 94 pour 1000 en France. Ces disparités sont globalement proportionnelles à la densité de chirurgiens par département.

Ces constats posent la question de la pertinence des actes réalisés. Question délicate, car la plupart des chirurgies ne disposent pas de moyens de mesure validés de pertinence, ni de taux cible idéal validé scientifiquement

Le taux de recours à la chirurgie est élevé chez les personnes âgées : les patients de plus de 75 ans représentent 10% des habitants et 18% des actes chirurgicaux. La prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans est spécifique. L'enjeu est d'autant plus fort que le nombre de personnes de plus de 75 ans doit atteindre 20% de la population en 2040. L'isolement des personnes âgées est à prendre en compte dans les prises en charge, notamment dans le cadre du virage ambulatoire. Le nombre de personnes de plus de 75 ans vivant seules est plus élevé dans les arrières pays des départements alpins et du Vaucluse.

Un virage ambulatoire bien engagé

La mise en œuvre du virage ambulatoire est bien réelle : en 2016, 56,3% des actes du périmètre de chirurgie défini par la DGOS sont réalisés en ambulatoire.

La progression de 13%, constatée entre 2011 et 2015, des actes réalisés en ambulatoire, s'est faite en partie grâce à un recul réel de 7% des actes de chirurgie réalisés en hospitalisation conventionnelle. Cette progression est constatée essentiellement sur les gestes les moins compliqués. Ainsi, les 55 gestes marqueurs de chirurgie ambulatoire suivis par l'assurance maladie représentent la moitié des actes de notre région et sont faits à 81% en ambulatoire. Par contre, le virage ambulatoire sur les gestes lourds, bien que résolument engagé dans certains centres de pointe ou spécialisés, n'est qu'au début de son développement.

Cette trajectoire va se poursuivre. Le taux cible d'ambulatoire en chirurgie, tous actes confondus, a été fixé à 67,7% en 2020 selon les objectifs du ministère de la santé, allant de pair avec la diminution des capacités d'hospitalisation complète. D'ici 5 ans, entre 2/3 et 3/4 des actes chirurgicaux seront réalisés en ambulatoire. Cela concernera également des gestes lourds, aujourd'hui encore réalisés en hospitalisation conventionnelle, tels que la chirurgie digestive courante, les prothèses orthopédiques,

l'urologie, la chirurgie pelvienne, la chirurgie sénologique courantes, dont des actes de plus en plus nombreux de chirurgie carcinologique.

Enjeux

- La poursuite du virage ambulatoire

- Le nécessaire développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) pour sécuriser le virage ambulatoire sur les gestes les plus lourds.

En 2015, 80,3% des gestes chirurgicaux ont nécessité au plus 3 jours d'hospitalisation (y compris les actes réalisés en ambulatoire). La RAAC est un vecteur fort de qualité, de diminution de complications et de ré hospitalisation, et de diminutions de durées de séjours. Cette démarche peut aller jusqu'au passage en ambulatoire. Elle est particulièrement bénéfique chez les patients fragiles et/ou âgés. Elle doit être généralisée dans tous les établissements autorisés en chirurgie pour optimiser la qualité et la sécurité du virage ambulatoire qui débute sur les gestes lourds.

- L'amélioration de l'organisation de la formation, et de la coordination des personnels de santé libéraux impliqués dans le virage ambulatoire et la RAAC

L'implémentation de la RAAC dans les services de chirurgie devra impérativement s'accompagner parallèlement d'actions d'organisation dans le monde de la santé en ville pour accompagner le retour précoce à domicile. Les volumes de patients à gérer, dans des conditions de qualité optimales, rend nécessaire de nouveaux modes d'organisation avec de nouveaux outils.

L'organisation en ville du retour précoce à domicile de gestes lourds doit être structurée de manière spécifique afin de se faire dans de bonnes conditions de sécurité. Les professionnels libéraux doivent être formés à la RAAC. Des organisations innovantes seront à mettre en œuvre et à rendre lisible, pour la prise en charge des patients et la coordination des intervenants en post opératoire immédiat et sur quelques jours, entre libéraux d'une part, et entre libéraux et hospitaliers d'autre part.

Un prérequis indispensable est un système d'information interopérable entre établissements et professionnels libéraux, sans lequel les conditions optimales de sécurité ne seront pas garanties. De plus le dossier Médical Partagé pourra intégrer la coordination peropératoire.

- Des solutions alternatives à trouver pour les patients fragiles ne pouvant retrouver une autonomie rapide en post opératoire

Les interventions de plus en plus sécurisées et de moins en moins invasives repoussent les limites de la chirurgie chez des gens de plus en plus fragiles. La RAAC ne permettra pas le retour précoce au domicile pour tous, car les conditions d'autonomie au domicile ne seront pas présentes, par exemple pour certains patients fragiles polymorbides ou souffrants de déconditionnement physique chronique en post opératoire. Des solutions pour cette population spécifique sont à inventer ou renforcer, avec de l'hospitalisation à domicile dans certains cas ciblés, ou encore le recours à des services d'appui spécialisés, qui devront inclure la prise en charge de séquelles post opératoires et l'absence de récupération.

- La nécessité d'évaluer la pertinence des actes, et plus largement des parcours dans lesquels s'intègre la chirurgie.

La pertinence peut être questionnée sur les indications, en la mesurant par rapport à une grille d'indications validées par les sociétés savantes et la haute Autorité de Santé. Elle peut

également être observée sur le service final rendu au patient, mesuré par la satisfaction du patient sur des scores validés.

- **Organiser la gradation des plateaux de chirurgie en anticipant les évolutions à venir, tant en matière de techniques que de démographie des professionnels de santé.**

- Organiser la gradation des plateaux de chirurgie : opérer les chirurgies de proximité en proximité, les chirurgies de recours sur les plateaux de recours.

Les gros centres pluridisciplinaires équipés de plateaux techniques polyvalents lourds sont majoritairement situés sur le littoral. La tendance est à une augmentation constante du nombre de patients pris en charge. Les établissements de santé de plus petite taille de l'arrière-pays connaissent des fuites des populations de leurs zones d'intervention et des difficultés financières croissantes.

Pour maintenir la présence de ces plateaux techniques polyvalents, des collaborations entre établissements supports des groupements hospitaliers de territoires et établissements périphériques doivent être inventées. Le lieu d'intervention, pour un patient et une chirurgie donnée, en cas de collaborations entre équipes d'un GHT partageant le même projet médical de territoire, pourra être décidé en fonction du plateau nécessaire. La même équipe, ou plusieurs équipes en collaboration étroite, pourra réaliser les gestes simples sur les plateaux simples et les gestes lourds sur les plateaux lourds.

Cette coopération territoriale permettra :

- ✓ De garder certains plateaux polyvalents de l'arrière-pays ouverts pour réaliser de la chirurgie de proximité dans des conditions d'excellence, permettant au patient de se faire opérer plus près de chez lui, et de ne pas embouteiller les plateaux lourds avec des gestes simples.
- ✓ De la solidarité entre les équipes territoriales : en cas de raréfaction de ressources humaines, certains centres périphériques pourraient se transformer en ambulatoire exclusif de jour, en s'appuyant sur les plus gros plateaux pour la continuité des soins nocturne, les chirurgies les plus lourdes et les complications de l'ambulatoire.
- ✓ Des rapports fluides entre gros centre de recours et centres de proximité satellites avec des protocoles de prise en charge communs aux équipes.
- ✓ Le maintien des compétences opérationnelles en permettant des passerelles entre plateaux de recours et plateaux polyvalents.
- ✓ La fin de l'isolement de certaines petites équipes chirurgicales actuellement en souffrance dans les plus petits centres.

- Anticiper l'évolution des plateaux techniques vers des technologies de plus en plus sophistiquées, mini invasives et intriquées entre disciplines médicales.

Les blocs opératoires vont devoir s'intégrer dans des plateaux techniques de plus en plus lourds : imagerie interactive, scanners embarqués, endoscopies, informatique dédié, liaison au PACS. Ils seront mutualisés entre différentes équipes.

Sur le même plateau seront amenées à intervenir des équipes larges et pluridisciplinaires, pour assurer une prise en charge personnalisée au patient. Cette prise en charge pourra inclure de la chirurgie, de la radiologie interventionnelle, des techniques de guidage d'imagerie ou endoscopique, de la radio thérapie, de la radio fréquence, du laser, l'assistance de différents robots chirurgicaux, de la réanimation, et toutes les nouvelles techniques à venir etc...

La frontière entre chirurgie et techniques interventionnelles au sens large va reculer. Les rôles des différents intervenants seront de plus en plus interconnectés. La notion

d'équipe va devenir primordiale. Les équipes «périopératoires» multidisciplinaires ont vocation à se renforcer en nombre, et pouvoir se déplacer sur différents sites.

- Mutualiser les plateaux de plus en plus sophistiqués et coûteux, et rationaliser la pertinence des actes nécessitant ces plateaux, afin de maintenir l'égalité d'accès à l'innovation pour tous et la soutenabilité financière de l'innovation médicale. Les plateaux techniques associant imagerie, radiologie interventionnelle, bloc opératoire, chirurgie mini invasive, radiothérapie per opératoire, etc... pourraient être ouverts à des équipes extérieures labellisées, tant publiques que privées, afin d'optimiser l'utilisation des plateaux de recours. Les patients pourraient ainsi avoir accès à l'innovation quels que soient leurs établissements de prise en charge. De même, devant la raréfaction de certaines ressources médicales hyperspécialisées, il est souhaitable que la permanence et la continuité des soins puisse être organisée de manière commune sur le plateau le plus sophistiqué.

- **Anticiper la transformation des pratiques des médecins et des paramédicaux avec le développement de l'interventionnel et des pratiques mini-invasives.**

- Repérer les besoins en nouvelles formation et proposer les formations adaptées aux nouveaux métiers, en lien avec les URPS, la faculté, les écoles et les ordres concernés. Ces formations pourront prendre différentes modalités : courtes (DPC, EPU), formations par les nouvelles technologies (MOOC, e learning), formations diplômantes (DU, CU, voire masters et thèses de science infirmière, et diplômes d'assistants cliniques).
- Proposer de nouveaux métiers, pour optimiser la coordination et l'utilisation des personnels hyper spécialisés tant en intra hospitalier (délégations de tâches sur des actes techniques, avec les assistants cliniques, infirmières coordinatrices) qu'en extra hospitalier (coordination de soins, etc...).
- Accompagner la transformation des métiers médicaux (chirurgiens radiologues, cardiologues), en intégrant dans la formation les apports des nouvelles spécialités mini invasives et la pratique pluridisciplinaire.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Implanter la réhabilitation améliorée après chirurgie dans tous les établissements de chirurgie.

Objectif 2 : Organiser la coordination en ville des prises en charge post opératoires lourdes, pour accompagner le virage ambulatoire sur les chirurgies lourdes, et optimiser l'utilisation des ressources humaines.

Objectif 3 : Mettre à disposition un système d'information partagé, pour sécuriser la période post opératoire précoce au domicile

Objectif 4 : Organiser une prise en charge graduée de la chirurgie en fonction du plateau technique nécessaire, avec des équipes partiellement mobiles entre sites

Objectif 5 : Elargir les critères d'évaluation des activités chirurgicales et interventionnelles sur des critères composites.

Objectif 6 : Anticiper les besoins en formation et en nouveaux métiers et anticiper l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines.

Objectif 1 : Implanter la réhabilitation améliorée après chirurgie dans tous les établissements de chirurgie.

L'ARS contractualisera avec les établissements sur la mise en place de cette démarche ainsi que sur le suivi de sa mise en œuvre, en incluant la mesure d'indicateurs de satisfaction patients (PROM) dans les établissements volontaires.

Objectif 2 : Organiser la coordination en ville des prises en charge post opératoires lourdes, pour accompagner le virage ambulatoire sur les chirurgies lourdes, et optimiser l'utilisation des ressources humaines.

- Cartographier l'offre de professionnels de santé libéraux et l'analyser au regard des besoins pour assurer le virage ambulatoire sur les gestes lourds.
- Organiser une offre de formation répondant aux besoins, avec la collaboration des URPS des différents professions paramédicales, et rendre visible par territoire, les compétences spécialisés acquises et disponibles, en s'appuyant notamment sur les plateformes territoriales d'appui.
- Assurer, et monitorer le maillage territorial en professionnels de la coordination et en professionnels formés à la réhabilitation améliorée après chirurgie.
- Accompagner les avancées légales et tarifaires sur le transfert du post opératoire lourd de l'hôpital vers la ville.
- Travailler à des solutions d'aval pour les patients âgés en perte d'autonomie ou les patients en situation de dépendance qui ne peuvent rentrer à domicile.

Objectif 3 : Mettre à disposition un système d'information partagé, pour sécuriser la période post opératoire précoce au domicile

Ce système d'information partagé est interopérable entre établissements de santé, privés comme publics, et soignants libéraux impliqués dans le post opératoire (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins traitants, patients eux-mêmes, familles). Il permet de gérer les droits d'accès en fonction des besoins et qualifications. Une quantité minimale et standardisée d'information sera accessible par patient et par séjour. Il permettra de générer des alertes automatisées pour gérer le flux de patients attendus en ambulatoire ou en hospitalisation de courte durée sur des gestes plus lourds.

L'utilisation de ce système d'information pourra, dans un premier temps, être priorisée sur les chirurgies et/ou les patients complexes.

Objectif 4 : Organiser une prise en charge graduée de la chirurgie en fonction du plateau technique nécessaire, avec des équipes partiellement mobiles entre sites

- Développer la mutualisation de larges équipes multidisciplinaires (chirurgiens, endoscopistes, radiologues interventionnels).
- Flécher des équipes pluridisciplinaires intervenant au sein de filières graduées entre établissements de santé d'un même groupe (GHT) et d'un même territoire.
- Ouvrir les plateaux techniques à des équipes homologuées.
- Assurer un accès à l'information et des avis chirurgicaux par téléphone par territoire, afin d'éviter passages aux urgences intempestifs et des ré hospitalisations inutiles ou retards de prise en charge.

Objectif 5 : Elargir les critères d'évaluation des activités chirurgicales et interventionnelles sur des critères composites.

L'évaluation des activités chirurgicales et interventionnelles prendra en compte les critères suivants :

- Des critères de volume minimum, par spécialité et les tendances d'évolution.
- Des critères de qualité.
 - Critères intermédiaires de processus (organisationnels).
 - Critères de résultats finaux : ré hospitalisation, survie.
 - Critères de satisfaction : le PROM (patient related outcome measures) est un index de satisfaction validé à J8/J30.
- Des critères de pertinence des actes, sur lesquels des objectifs pourront être contractualisés
- Des critères organisationnels : les équipes pourront opérer sur plusieurs sites en fonction du plateau technique nécessaire pour un acte donné.

Objectif 6 : Anticiper les besoins en formation et en nouveaux métiers et anticiper l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines.

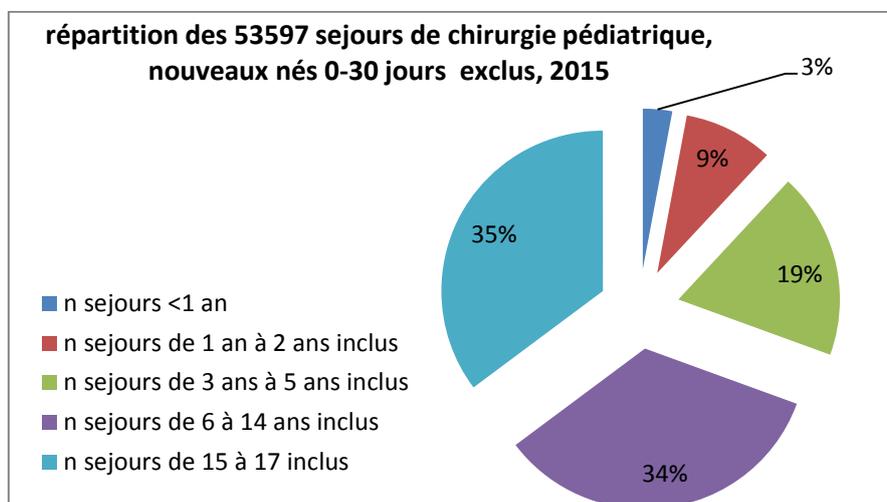
- Former les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, en établissement de santé (anesthésistes-réanimateurs, infirmières et coordonnateurs), et en ville à la prise en charge ambulatoire en chirurgie et en particulier à la RAAC.
- Créer de nouveaux métiers à l'hôpital : techniciens de matériel de bloc, informaticiens support pour les interfaces de partage d'information ville hôpital, assistants cliniciens dans les services de chirurgie (délégation des tâches médicales simples en relai des chirurgiens), coordonnateurs ville hôpital.
- Créer de nouveaux métiers en ville formés à la RAAC, en lien avec les plates formes de coordination : coordonnateur de parcours, gestionnaire de cas complexe,...

Objectifs 7 : Organiser la gradation de la chirurgie pédiatrique

La chirurgie pédiatrique représente, hors chirurgie néonatale (<1mois) et endoscopies, 10% des actes de chirurgie de la région.

Dans le domaine de la chirurgie infantile, l'organisation de la prise en charge devra s'organiser en 3 niveaux en fonction de l'environnement pédiatrique, chirurgical et anesthésique :

- Centre de chirurgie pédiatrique de recours
- Centre de chirurgie pédiatrique spécialisé
- Centre de chirurgie pédiatrique de proximité



- **Activité de chirurgie pédiatrique en PACA en 2015**

Le premier principe sous tendant cette organisation graduée est d'éviter la pratique occasionnelle de la chirurgie et de l'anesthésie pédiatrique chez le nourrisson de moins de 1an (3% des gestes de chirurgie pédiatrique en 2015 dont 10% d'ORL) et chez le petit enfant de 1 à 3 ans (9% des gestes de chirurgie pédiatrique dont 25% d'ORL) par des chirurgiens et/ou anesthésistes sans valence pédiatrique,

Ainsi sur 27 centres ayant opéré des enfants de moins de 1 an en 2015, 15 en ont opéré moins de 10 dans l'année. De même, sur 67 centres ayant opéré des enfants de 1 à 3 ans en 2015, 16 en ont opéré moins de 10 dans l'année et 12 autres ont opéré de 10 à 20 enfants, soit 42% des centres opérant des enfants de 1 à 3 ans en opèrent moins de 20 par an.

Ce phénomène est moins marqué chez les enfants de 3 à 5 ans puisque sur 95 établissement opérant des enfants de 3 à 5 ans seuls 5 en opèrent moins de 10 par an et 6 autres en opèrent de 10 à 20 par an.

Le deuxième principe sous tendant l'existence d'un réseau gradué est de préserver un maillage territorial en chirurgie pédiatrique de proximité (ORL, petite traumatologie, interventions courantes de chirurgie viscérale) avec des normes minimales et partagées de qualité, en particulier chez les 1 à 3 ans, afin de ne pas reporter toute la chirurgie pédiatrique sur les centres de recours engorgés, et maintenir les compétences pédiatriques des opérateurs ne travaillant pas dans ces centres de recours.

Le principe de cette classification nécessite :

- Une labellisation par l'ARS des établissements chirurgicaux, sur la base d'un cahier des charges propre à chaque grand champ de chirurgie pédiatrique.
 - ✓ Chirurgie viscérale pédiatrique.
 - ✓ Chirurgie orthopédique et traumatologique pédiatrique.
 - ✓ Ophtalmologie pédiatrique.
 - ✓ ORL, Maxillo-facial et plastique pédiatrique.

L'ORL pédiatrique étant numériquement importante (représentant la moitié des interventions chirurgicales de l'enfant à partir de 3 ans inclus), cette spécialité relèvera d'un cahier des charges spécifique afin de permettre le maintien d'activité et de compétences dans les centres de proximité. Pour les autres spécialités, une prise en charge sera proposée selon trois niveaux de critères d'organisation gradués, afin d'offrir des conditions homogènes entre centres de conditions d'exercice de la chirurgie et de l'anesthésie pédiatrique.

- une contractualisation entre chacun des trois types de structure. Un avis doit pouvoir être demandé à tout moment par le centre de proximité au centre spécialisé ou de recours concernant la prise en charge chirurgicale d'un enfant (appel téléphonique, transmission d'images,...)
 - ✓ Les centres de proximité ne disposent pas de compétences chirurgicales et anesthésiques pédiatriques dédiées mais justifient d'un certain volume d'activité programmée, d'une formation minimale en pédiatrie dans la discipline concernée, incluant les personnels para médicaux prenant en charge les enfants, et/ou d'une formation médicale continue pour assurer le maintien des compétences ou la remise à niveau, de matériel pédiatrique dédié, et de circuits d'hospitalisation conventionnelle et ambulatoire adaptés pour les cas pédiatriques ;
 - ✓ Les centres de référence et de recours disposent tous de compétences chirurgicales et anesthésiques pédiatriques spécifiques, ainsi que de plateaux

dédiés (SSPI, bloc, service d'hospitalisation) et réanimation et imagerie pour les centres de recours

- **Principes généraux du cahier des charges régional**

- **Les centres de chirurgie pédiatrique de proximité** assurent la prise en charge de toute pathologie chirurgicale pédiatrique, programmée ou non, pour les enfants de plus de 3 ans, sous réserve d'une pratique régulière pour les enfants de 3 à 5 ans; ils pourront également prendre en charge les actes programmés chez les enfants de 1 à 3 ans, notamment en ambulatoire, si les chirurgiens et les anesthésistes disposent d'une pratique hebdomadaire sur ce type de prise en charge. Il assure la continuité des soins pour ses propres patients pédiatriques, hors horaires de fonctionnement du bloc, pour les reprises chez les enfants opérés de 1 à 3 ans, et éventuellement une permanence des soins pour les enfants >3 ans, avec un personnel médical compétent selon les mêmes critères de compétence que le jour.

Pour tous les enfants de 1 à 3 ans, et pour tout enfant de 3 à 15 ans porteur d'une pathologie complexe, en ce qui concerne la prise en charge de chirurgie non programmée (hors reprises post-opératoires), les actes sont décidés par accord entre anesthésiste et chirurgien sur l'appréciation du bénéfice risque de la réalisation de l'acte sur place versus un transfert vers un centre de niveau supérieur. En l'absence d'accord entre l'anesthésiste et le chirurgien l'enfant est transféré vers un centre spécialisé ou de recours après échange avec le chirurgien pédiatre de ce centre.

- **Les centres de chirurgie pédiatrique spécialisés :**

- ✓ peuvent prendre en charge les enfants de la naissance à 18 ans,
- ✓ doivent assurer la prise en charge de proximité des patients domiciliés sur leur territoire de santé,
- ✓ ont un rôle de recours et d'appui pour les centres de proximité, avec signature de conventions avec les centres de proximité du territoire,
- ✓ sont en rapport tant avec les centres de référence qu'avec les centres de proximité.

Du fait de ses moyens et équipements, ce centre peut pratiquer tout acte :

- ✓ Ne nécessitant pas une réanimation pédiatrique prévisible.
- ✓ Ne justifiant pas d'une prise en charge par équipe pluridisciplinaire pédiatrique (ex : tumeurs malignes...).
- ✓ Ne nécessitant pas une technologie particulière et en accord avec les recommandations (Ex : PES/PEM et chirurgie de la scoliose...)
- ✓ Sur les brûlures à l'exception de celles dont la surface est supérieure à 5% avant 1 an et supérieure à 10% après 1 an.
- ✓ Dispose de chirurgiens pédiatres et d'anesthésistes formés à l'anesthésie du nourrisson
- ✓ D'une astreinte de pédiatrie 24/24
- ✓ Les centres de recours régional en chirurgie pédiatrique

Ils peuvent recevoir les enfants de la naissance à 18 ans et ceci quelle que soit la pathologie. Tous les enfants dont l'acte justifie d'un séjour en réanimation prévisible en post opératoire, doivent y être adressés.

Ils disposent d'équipes chirurgicales et anesthésiques et pédiatriques de recours de garde 24/h24.

Tranche d'âge	Centre de proximité	Centre spécialisé	Centre de recours
<1 an	Activité réglée uniquement au cas par cas ; personnel formé ; pas d'urgences	Oui sauf pathologies complexes	oui
1-<3 ans	Activité réglée si pratique régulière (hebdomadaire) Urgences/nuit :si Continuité des soins assurée par du personnel ayant une pratique régulière et selon le bénéfice risque évalué par l'anesthésiste et le chirurgien	oui	oui
3-5 ans	Activité réglée et urgences si pratique régulière et Continuité des soins assurée par le personnel habilité	oui	oui
6-14 ans	Activité réglée et urgence sauf pathologies complexes	oui	oui
>15ans	tous	tous	oui

L'adhésion des centres réalisant de la chirurgie pédiatrique à une de ces catégories, la contractualisation de chaque centre avec des centres de niveau différent, et la mise à disposition de formations continues, remises à niveau, de descriptifs précis de conditions de fonctionnement pour chaque catégorie de centre est un des objectifs du PRS de chirurgie 2017-2023.

Résultats attendus

- Augmentation du taux chirurgie ambulatoire
- Diminution de la morbi-mortalité en chirurgie
- Amélioration de la satisfaction des patients

- Amélioration de la coordination des prises post opératoires en charge en ville
- Des professionnels formés à la coordination post opératoire
- Sécurisation des informations médicales du patient, de manière homogène et interopérable

- Amélioration de la pertinence des actes de chirurgie
- Amélioration de la pertinence des parcours

3.4.10 Soins critiques

Contexte

Les activités de réanimations et de surveillance continue sont des ressources rares, réparties, en 2018, sur 44 services. Leur fonctionnement nécessite des compétences spécifiques par la présence de médecins anesthésistes réanimateurs ou de réanimateurs médicaux.

Ces services constituent une partie intégrante des plateaux techniques polyvalents de recours. Ils nécessitent la double présence continue de compétences pluri professionnelles spécialisées, et de matériels et d'équipements lourds.

Une offre régionale de soins critiques importante supérieure à la moyenne nationale.

Par rapport à la situation nationale, la région paca est bien équipée en termes de lits de réanimation. La densité de lits de soins critiques (réanimation et surveillance continue) atteint 28 lits pour 100 000 habitants, soit deux fois plus que certaines régions françaises. Le taux de recours ajusté à la

réanimation est de 300 séjours/100 000 habitants par an, il est supérieur au taux national (290 séjours/100 000 habitants).

Une majorité de séjours concerne des patients de 65 ans et plus, en France comme en PACA.

La région a réalisé en 2016 environ 148 000 journées de suppléments en réanimation pour 16 000 séjours. Les séjours post opératoires représentent 40% des séjours de réanimation.

Les fuites vers les établissements des régions limitrophes sont faibles (630 séjours par an, soit 3,8% des séjours) et concernent principalement le Vaucluse et les Hautes Alpes. A l'inverse, 1272 séjours de réanimation sont réalisés pour des patients résidant en dehors de notre région. La région a un solde positif de séjours.

Une offre importante en surveillance continue, en particulier en surveillances continues non accolées à une réanimation et dites «isolées».

	Réanimations		Unités de surveillance continue accolées		Unités de surveillance continue isolées		USC
	public	privé	public	privé	public	privé	Total
Nombre d'unités	35	10	33	10	11	24	77 USC
Nombre de places	388	100	228	194	71	224	716 lits

Source : enquête ARS PACA avril 2016

Les réanimations sont obligatoirement accolées à des unités de surveillance continue, qui relèvent d'une contractualisation avec l'ARS.

Les unités de surveillance continue dites isolées (non accolées à une réanimation) gèrent des patients de gravité intermédiaire, issus de services chirurgicaux, médicaux, ou des services d'urgences. Ces USC isolées représentent un quart des jours de surveillance continue facturables sur la région (50 000 jours environ et 9 000 séjours).

Les structures privées à but lucratif ont une place importante en soins critiques en PACA : elles représentent 20% des lits de réanimation mais 58% des lits de surveillance continue, avec en particulier 76% des lits de surveillances continues isolées non adossées à une réanimation. Certaines structures ont plusieurs unités distinctes de surveillance continue isolée.

Une grande variabilité des missions et conditions d'exercice des surveillances continues

Les unités de surveillances continues méritent d'être mieux intégrées dans l'offre. En tant qu'unités d'amont, elles peuvent jouer un rôle d'unités intermédiaires avec la réanimation. En tant qu'unité d'aval des réanimations, elles permettent le rapprochement du domicile et le délestage des unités de recours spécialisées. Elles sont aussi des unités pourvoyeuses de soins critiques de premier recours.

Les missions, les pratiques, le nombre de lits, la qualité et les conditions de fonctionnement et de sécurité de ces unités de surveillance continue isolées, privées et publiques, sont très disparates ; certaines unités de surveillance continue isolée accueillent des patients ne remplissant pas les critères d'activité permettant la facturation majoritaire d'une activité de surveillance continue.

Ainsi, en 2016, 70% des journées facturées de surveillance continue sont réalisées dans les USC adossés à des réanimations. 30% des journées sont facturées dans les 35 unités isolées de la région. Le taux d'occupation est beaucoup plus bas dans les USC isolées (55.3% de suppléments contre 94% lorsque l'usc est accolée) témoignant d'une utilisation plus dispersée des USC isolées vis-à-vis

de soins réellement critiques, et probablement plus de «soins lourds mais non critiques», qui à ce jour ne peuvent être faits nulle part ailleurs faute d'unités adaptées aux patients lourds mais non critiques.

Des évolutions à venir pour mettre à jour les textes réglementaires et tenir compte des normes de qualité actualisées des sociétés et fédérations savantes²⁴.

Les textes réglementaires en vigueur n'ont pas changé depuis le PRS précédent. Les recommandations plus récentes des sociétés savantes datent de 2012 et établissent des standards de qualité beaucoup plus élevés, tant en réanimation qu'en surveillance continue.

Une évolution des textes est attendue au cours du PRS présent, qui pourrait redessiner la carte. Il est envisagé une autorisation mixte de soins critiques, qui autoriserait des capacités globales de réanimation et surveillance continue, avec des minima de lits de soins critiques plus élevés qu'aujourd'hui (taille de réanimation de 8 lits minimum et dérogatoire à 6 possible) ou des surveillances continues seules, rendant de fait la surveillance continue soumise à autorisation.

Une tarification qui n'encourage pas le transfert fluide des patients entre réanimation et surveillance continue adjacente ou éloignée, ni entre réanimation de plateau lourd et de plateau de recours intermédiaire.

Les activités de soins critiques sont financées par de la tarification à l'activité et, à partir d'un niveau de gravité suffisant, par des suppléments journaliers de surveillance continue ou de réanimation. Ces services sont souvent très coûteux pour les structures. Prises isolément, ces activités, qui concentrent fortement des moyens humains et matériels, atteignent difficilement l'équilibre financier. Elles constituent cependant un service de santé public essentiel et permettent la sécurisation d'autres activités plus rémunératrices (chirurgie par exemple).

Les critères de tarification des séjours sont insuffisamment réactualisés. Le passage en surveillance continue depuis la réanimation pour fluidifier les passages en réanimation n'est pas facilité par les conditions de tarification. En surveillance continue, à l'inverse, la sous tarification est avérée de certaines conditions critiques justifiant la surveillance continue. La pertinence des séjours est, dans ce contexte, difficile à contrôler, et induit des effets pervers de facturation par les établissements qui doivent assurer l'équilibre financier de ces unités hautement coûteuses.

Ainsi seuls 40% des patients de réanimation sortent par une surveillance continue.

Par ailleurs, le passage entre réanimation de recours et réanimation polyvalente, pratique dont le développement permettrait de fluidifier les parcours, se heurte à des obstacles tarifaires favorisant le maintien en réanimation de recours et désavantagant le transfert vers les réanimations polyvalentes receveuses.

Face à des unités structurellement déficitaires, un décret de 2017²⁵ a posé les bases juridiques afin d'instaurer, à moyen terme, un modèle de financement mixte, la dotation modulée à l'activité. Il prévoit une dotation forfaitaire en complément de la tarification à l'activité.

Vers une utilisation raisonnée des services de réanimation

L'activité réalisée dans les différents services de réanimation est très hétérogène, du fait des situations de santé des patients, des thématiques et des caractéristiques de leurs plateaux techniques. Il est donc très difficile de comparer les réanimations entre elles sur des marqueurs de gravité ou des gestes marqueurs

L'Agence nationale d'amélioration de la performance²⁶ a établi une tentative de benchmark en 2012. Elle a abouti à la description schématique de quatre types de réanimations, aux durées moyennes de séjour et indices de gravité variés.

²⁴ Décret 2002-465 et -466 du 5 avril 2002 sur la réanimation et la surveillance continue

Décret 2002-72 et 74 du 24 janvier 2006 sur la réanimation pédiatrique

Circulaire DGOS 2003/413 du 27 août 2003 sur l'organisation des réanimations surveillances continues et soins intensifs.

²⁵ décret n° 2017-247 du 27 février 2017 relatif à l'adaptation des règles de financement des établissements de santé

Classification des réanimations selon l'ANAP					
Type de réanimation	Flux sortie	DMS*	IGS** médián	Décès	>75ans
I. 60% venant du bloc	50% chirurgie et USC	4,7	30	<5%	33%
II. 60% des urgences	40% médecine USC	8	44	15-25%	<25%
III. 50% autres ES et Urgences	40% autres	16	49	28%	
IV. Bloc et urgences	60% vers chirurgie	7,3	29	7 à 14%	15,20%

*DMS : Durée moyenne de séjour

**IGS : Index de gravité standardisé

La région a réalisé en 2016 environ 148 000 journées de suppléments en réanimation pour 16 000 séjours. Les séjours post opératoires représentent 40% des séjours de réanimation.

Les fuites vers les établissements des régions limitrophes sont faibles (630 séjours par an, soit 3,8% des séjours) et concernent principalement le Vaucluse et les Hautes Alpes. A l'inverse, 1272 séjours de réanimation sont réalisés pour des patients résidant en dehors de notre région. La région a un solde positif de séjours.

Le taux d'occupation préconisé par l'ANAP en réanimation est de 85%. Il permet un turn-over fluide et une disponibilité immédiate suffisante de lits. Le taux d'occupation moyen régional sur les journées facturées est de 86%, et monte à 91% en incluant les journées passées en réanimation sans supplément²⁷. Ce taux élevé témoigne, selon les recommandations de l'ANAP d'une utilisation raisonnée de cette ressource rare et chère, malgré une offre élevée.

Les moyennes régionales des marqueurs de gravité des patients, et des taux d'occupation des réanimations, permettent de constater une gravité certaine des patients et un nombre régional global de lits justifié. Cependant ces chiffres régionaux masquent de fortes disparités d'activité et de lourdeur entre les centres, dans la sévérité des patients pris en charge, les taux d'occupation, les taux de facturation des suppléments, et les taux d'actes marqueurs. Cette hétérogénéité est en partie justifiée par la concentration des cas les plus graves sur les plateaux techniques de recours. A l'inverse, le faible taux d'actes marqueurs et de patients de certaines activités de réanimation polyvalentes pose question.

Une analyse du PMSI de petites réanimations montre qu'une partie des lits est utilisée pour des soins palliatifs, ce qui montre une non pertinence.

A terme, avec une gradation des soins optimisée, les réanimations doivent coïncider aux plateaux techniques polyvalents et spécialisés importants (niveau 3-4).

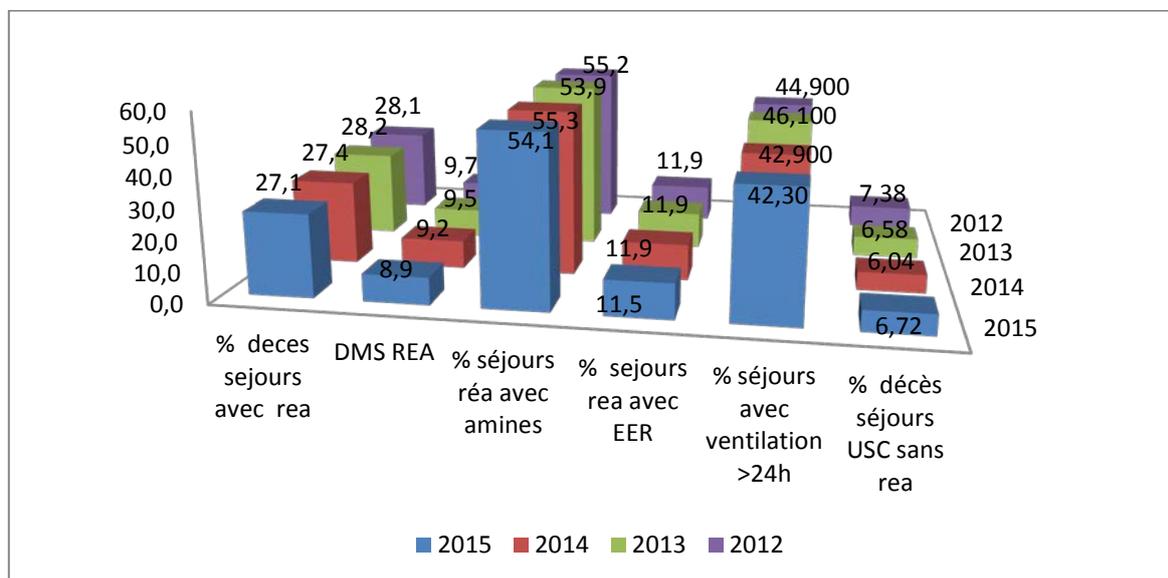
Il existe une tendance au fil des années à des taux d'occupation très élevés dans les réanimations de recours des établissements de référence, et à des taux d'occupation plus faibles des réanimations polyvalentes de plus petite taille.

La sur-occupation expose à des risques de pertes de chance pour les malades, par absence de place disponible en temps réel. Elle expose aussi les équipes à des risques psycho sociaux et des turn-over élevés de personnels très spécialisés, notamment les paramédicaux.

²⁶ Référence ANAP

²⁷ Journées facturées en Soins intensifs issus de réanimation

La sous occupation expose à des risques de non pertinence des indications, de devenir moins bon des malades, du fait du faible volume d'activité, ainsi qu'à la perte de certaines compétences spécialisées des personnels. Elle contribue également à l'aggravation de la situation financière des établissements en raison du coût de fonctionnement très élevé de ces unités.



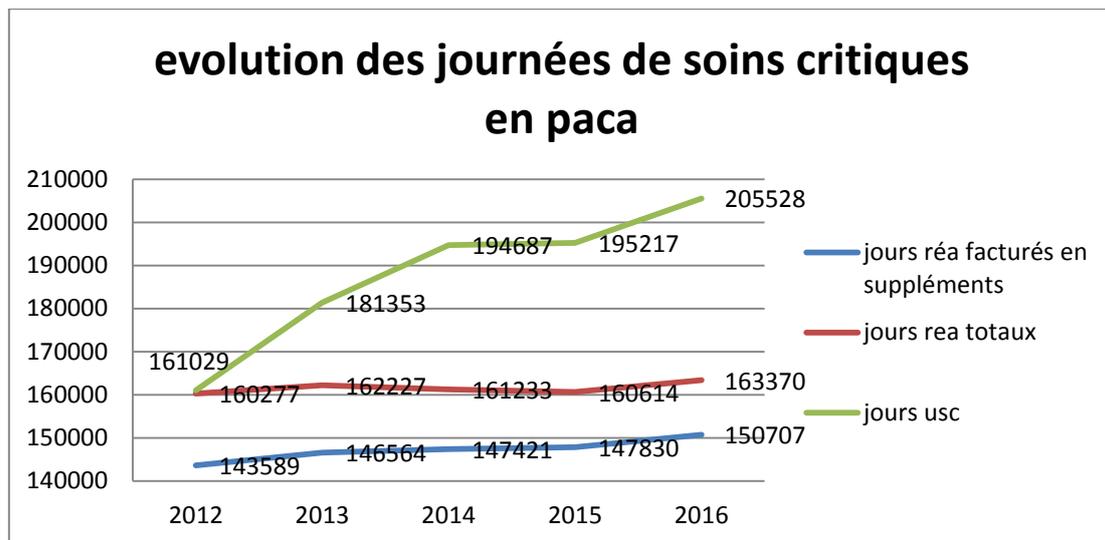
Evolution des caractéristiques des séjours de réanimation de 2012 à 2015

Une augmentation marquée du recours aux séjours de soins critiques, sur les 5 dernières années, avec un recours élevé à recours à la surveillance continue exclusive (+25%).

Les services de réanimations ont réalisé 16 600 séjours en 2015. Entre 2007 et 2012, ces séjours ont augmenté de 11,7%. Ce taux est plus rapide que l'augmentation de la population. La consommation de séjours de réanimation est trois fois plus élevée chez les habitants de plus de 75 ans et le vieillissement anticipé de la population (16,4% de la population PACA en 2040) fait craindre que le taux de recours n'augmente drastiquement d'ici 2030.

En 2015, 35 000 séjours ont été réalisés en unité de surveillance continue, dont près de 30 000 séjours sans réanimation.

Cette tendance à l'augmentation des journées de surveillance continue se retrouvait aussi sur le PRS précédent. Depuis 2009, le nombre de jours de surveillance continue a augmenté de 77%. L'augmentation du nombre de journées avec réanimation a été plus maîtrisée (+27%).



Cette évolution est liée à la fois à la lourdeur des certains patients (sauvés grâce à la réanimation mais restant très dépendants des soins) et à des pratiques de recours.

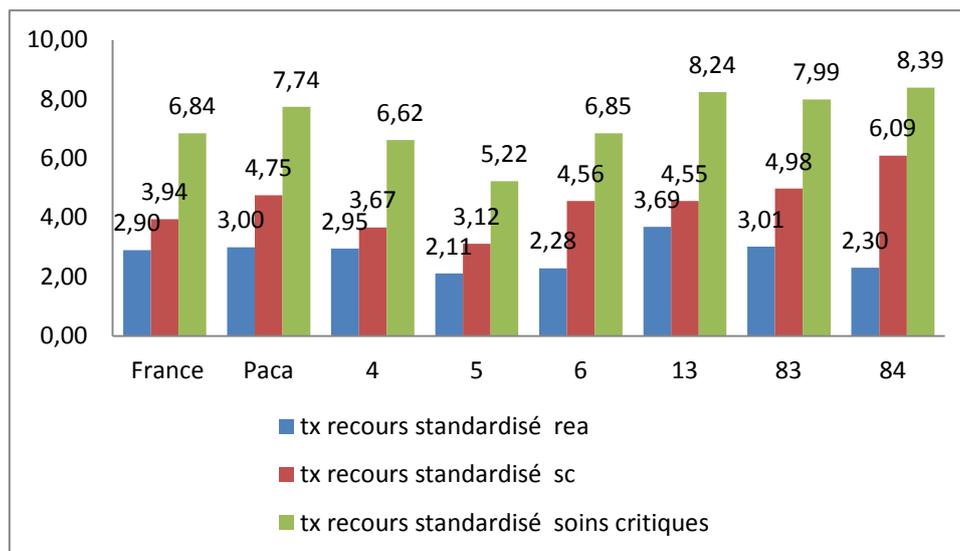
Il conviendra donc d'étudier les besoins et le taux de recours afin d'adapter la gradation des soins critiques (mise en œuvre de la réforme à venir).

Des disparités géographiques de recours aux soins critiques, interrogeant sur la pertinence de l'accès aux soins critiques

Les réanimations sont des services où l'admission est médicalement régulée. Le taux de recours de la population aux services de réanimation, ajusté sur l'âge des habitants d'un département devrait théoriquement être homogène entre départements.

Or, on constate une inégalité de recours aux séjours de réanimation : il est plus faible pour les départements du Vaucluse, des Hautes Alpes. Ces départements sont moins pourvus en lits de réanimation, cependant ceci peut être justifié par l'absence de certaines activités de recours sur ces plateaux ; le nombre de lits de réanimation ne peut s'envisager que de manière globale sur la région, contrairement au nombre de lits de surveillance continue dès lors qu'ils sont conçus comme des lits de soins critiques de premier niveau. D'ailleurs le Vaucluse a en parallèle de son taux de recours faible à la réanimation, un taux de recours aux surveillances continues beaucoup plus élevé que d'autres départements. Le cas des Alpes Maritimes est différent : bien que certaines activités de recours spécialisé partent sur le 13, ce département a une offre de plateaux de recours suffisante pour s'attendre à un taux de recours à la réanimation plus élevé. Ceci interroge la pertinence du recours aux séjours de réanimation. Existe-t-il des sous recours dans certains endroits et des sur recours dans d'autres ? Cette question de la pertinence des séjours réalisés en réanimation devra constituer un axe de travail.

Département	Nombre de lits de réanimation /SC/soins critiques totaux	Taux d'équipement par 100 000 habitants du département Réa/USC/soins critiques	2016 par du	Nombre séjours de réa/SC* /soins critiques* par habitant du département 2016	Taux de recours des habitants du département, ajusté sur l'âge **
Alpes de Haute Provence	6/10/16	3.7/6.15/9.8			2.95/3.67/6.62
Hautes Alpes	8/10/18	5.7/7.1/12.8			2.11/3.12/5.23
Alpes Maritimes	89/216/305	8.2/19.9/28.1			2.28/4.56/6.85
Bouches du Rhône	313/311/624	15.6/15.5/31.1			3.69/4.55/8.24
Var	56/109/165	5.4/10.5/15.9			3.01/4.98/7.99
Vaucluse	16/60/76	2.8/10.8/13.6			2.3/6.09/8.39
Paca	488/716/1150	9.8/14.4/24.2			3.0/4.75/7.74
France					2.9/3.94/6.84



Enjeux

Caractériser les réanimations par leurs plateaux techniques et leurs moyens humains.

L'accès aux réanimations doit être adapté selon la pathologie de la personne, en fonction de l'équipement du plateau et des ressources humaines. Les professionnels souhaitent connaître les moyens disponibles sur les différents plateaux de réanimation de la région, ceci afin d'améliorer l'adressage des patients. Ceci permettrait aussi de concentrer les ressources humaines hyperspécialisées sur les plateaux techniques les plus lourds.

La description précise du plateau disponible, réanimation par réanimation, et du case mix des réanimations et de leur spécificité, sera mise à disposition dans le ROR. Pour cela, une classification

commune sera mise au point avec les professionnels. Le ROR inclue désormais une disponibilité des lits de réanimation ; un travail de description formelle des plateaux techniques accolés aux réanimations doit suivre.

Améliorer la pertinence des parcours en soins critiques, dans un contexte d'augmentation soutenue de la demande en soins critiques.

La demande, exprimée dans le domaine des soins critiques, par le nombre de séjours produits, est en constante augmentation, en PACA tant qu'en France, probablement du fait de plusieurs phénomènes.

- Le vieillissement de la population : les personnes âgées de plus 75 ans ont un recours trois fois plus élevé aux séjours de réanimation en PACA en 2014 que l'ensemble de la population²⁸
- L'augmentation de l'utilisation de techniques plus invasives dans les stratégies thérapeutiques, en particulier pour les personnes âgées tout comme pour les patients porteurs de comorbidités chroniques.
- Les techniques de plus en plus poussées avec une mortalité en baisse (-10 points de mortalité en 20 ans, en particulier sur des pathologies emblématiques comme le choc septique).
- Les réanimations se spécialisent et les professionnels sollicitent des recours aux avis et transferts spécialisés. Les plateaux techniques de recours sont donc de plus en plus sollicités
- Les modalités de transfert des patients vers des réanimations plus proches, une fois la phase aigüe passée, ne se fait pas encore de manière fluide.

L'offre de soins de la réanimation, malgré son importance, menace d'être saturée et d'autant plus saturée dans les centres de recours, situés dans les métropoles. La tendance d'augmentation soutenue risque de rapidement mettre le système sous forte tension. Il sera nécessaire de travailler plutôt sur l'amont et l'aval de la réanimation, et en particulier sur une utilisation des surveillances continues en tant qu'unités de soins critiques de premier niveau. Le nécessaire travail de fluidification en réanimation doit permettre d'absorber l'augmentation de la demande.

Des leviers d'amélioration de la pertinence doivent être développés avant, pendant et après le séjour en réanimation à proprement parler : pertinence de l'indication de recours à la surveillance continue, pertinence de l'indication de recours à la réanimation, Pertinence de l'indication d'une réanimation de plateau polyvalent de recours.

Il s'agit de :

- Optimiser l'amont : pas d'admission injustifiée par manque de solutions adaptées.
- Permettre un recours gradué et fluide à la surveillance continue, à une réanimation polyvalente, à une réanimation de recours, et aux autres services quand les soins critiques ne sont pas adaptés : le bon patient dans le bon type d'unités de soins critiques au bon moment
- Optimiser l'aval : objectif «zéro bed-blocker en réanimation». Pour les patients à bon pronostic, créer des unités et des débouchés pour les patients présentant un syndrome post réanimation, de façon à lutter contre la chronicisation en réanimation des patients les plus fragiles, et fluidifier le parcours de la réanimation jusqu'aux SSR puis jusqu'au médico-social.
- La fluidification de l'aval est à mener sur deux champs : améliorer la récupération fonctionnelle des patients plus précocement en réanimation, et trouver des solutions d'aval insuffisantes ou inexistantes aujourd'hui.

²⁸ Source PMSI Paca 2015

Créer des filières spécifiques sur certaines pathologies particulières de la réanimation, en organisant une gradation des réanimations pour les pathologies pour lesquelles un retard de prise en charge peut entraîner une perte de chance.

Seules certaines thématiques sont concernées : insuffisance circulatoire et respiratoire sévères nécessitant une suppléance circulatoire (UMAC et recours à ECMO - Extra Corporel Membrane Oxygenation), hématologie, recours à des techniques interventionnelles spécifiques, polytraumatismes, neurologie en réanimation. Il s'agit de définir régionalement des procédures d'accès avec des délais adéquats aux plateaux techniques lourds pour les patients en relevant.

La filière de soins critiques sur les polytraumatismes a d'ores et déjà vu le jour entre services d'urgence, SAMU, réanimation polyvalente et de recours. Des recommandations formalisées régionales ont été écrites.

Refonder les missions des surveillances continues, homogénéiser les conditions de fonctionnement des surveillances continues, en particulier isolées, afin qu'elles constituent des unités de soins critiques à part entière.

Les USC actuelles, en particulier les USC isolées, ne correspondent pas toujours à des USC entendues au sens du décret et des recommandations des sociétés savantes d'anesthésie et de réanimation de 2011 et 2012²⁹. Une grande variabilité des indications et des cas traités, est constatée, ce qui reflète l'adaptation normale de l'activité de ces unités au projet médical et à la population accueillie dans l'établissement. Il est également constaté une grande variabilité des conditions de fonctionnement, notamment sur la continuité des soins et la permanence des soins. En l'absence de réglementation, ceci questionne sur les moyens affectés à ces unités, par exemple entre les unités isolées et les unités adossées à une réanimation, ou encore en particulier entre les unités de surveillance continue des établissements privés et publics. Les unités USC isolées sont particulières dans le paysage des soins critiques. Elles accueillent parfois un faible taux de patients nécessitant une offre de soins critiques. A l'opposé, bien qu'elles accueillent des malades nécessitant une surveillance rapprochée, elles constituent parfois dans les faits des réanimations avancées, recueillant des patients précaires dans les services ou en post opératoire ou par le biais des urgences, pour lesquels le transfert en réanimation peut s'avérer difficile et contraint à une prise en charge de réanimation en USC. Cependant statutairement elles n'ont pas le droit de prendre en charge un patient en défaillance d'organe (s) pendant plus de 24 heures (par exemple un patient sous respiration artificielle) sans le transférer dans une réanimation. On peut distinguer donc dans les faits deux risques opposés dans les USC :

- Soit des unités accueillant des patients trop lourds, et remplissant le rôle de réanimation «bis» pour les patients qui sont refusés en réanimation ; ainsi un certain nombre d'USC isolées font des actes de réanimation plus de 24 heures. Cette tendance va se confirmer chez des patients pour lesquels l'USC sert de réanimation d'attente pour des patients très âgés ou de pronostic défavorable dont l'indication d'admission en réanimation est discutée. Avec des modes de fonctionnement homogénéisés et optimisés, il serait possible que ces USC délivrent des soins critiques pendant 24-48 heures des traitements peu invasifs (ventilation non invasive par exemple).
- Soit des unités dont les moyens mis en œuvre pour assurer la prise en charge de patients critiques, semblent insuffisants. Ces unités ont une structure, des moyens et des organisations très divers et sous dimensionnés. Par exemple, des ratios d'infirmières de 1 pour 12 la nuit, ou encore l'absence totale de médecin sur place la nuit. Dans ces situations, la contractualisation avec l'ARS sur une activité de soins critiques ne doit pas être maintenue.

²⁹ unités de soins critiques liées à l'activité de réanimation, disposant de chambres seules, monitoring, normes non réglementaires mais conseillées de ratio de personnel d'une infirmière pour 4 malades et 1 as pour 6 malades, médecin dédié, etc...)

Des projets de territoire en soins critiques, avec de véritables partenariats opérationnels entre unités de surveillance continue et réanimations d'un même territoire.

La création d'un projet médical de territoire en soins critiques, associant les unités de surveillance continues et les réanimations, incluant si possible les unités du secteur privé, s'inscrit dans les objectifs recherchés de fluidifier les parcours des patients et d'améliorer la pertinence des transferts, de rapprocher les patients de leur domicile, d'améliorer la disponibilité des lits de réanimation de recours, de rompre l'isolement des USC et des réanimations de périphérie en les intégrant dans un réseau de soins critiques, ceci afin de :

- Faciliter l'organisation d'une permanence des soins plus souple, en permettant la constitution d'un pool de personnels volontaires pour travailler à des projets de soins critiques communs.
- Maintenir les compétences pour les personnels des unités avec la possibilité d'exercer sur des activités différentes : réanimations, USC isolées ou non.
- Harmoniser les pratiques médicales entre les USC isolées et les services de réanimations partenaires, notamment par la définition de critères communs de prise en charge en réanimation ou en USC. Le traitement d'un volume plus important de patients permet également de répondre aux critères de qualité liés aux volumes.
- Faciliter, grâce à ces partenariats de territoire, les retours des réanimations de recours vers les plus petites USC excentrées, ceci afin de rapprocher la personne de sa famille et désencombrer les réanimations de recours.
- Lutter contre la désertification médicale dans l'arrière-pays, sur l'activité de soins critiques, et sécuriser les personnels médicaux.
- Permettre de conserver un maillage organisé opérationnel de soins critiques de premier recours («séjour d'épreuve» en soins continus pour certains patient en liens avec la réanimation partenaire).

Ces collaborations doivent nécessairement pour se développer avoir comme pré requis un accès à de l'information partagée, notamment par un dossier de soins partagés en soins critiques entre services de soins critiques, d'urgence et de recours sur certaines filières spécialisées, en développant l'utilisation de de la télémédecine et, en matière d'imagerie, du Pacs partagé (Picture Archiving and Communication System).

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Optimiser la pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques en organisant l'amont de l'admission dans une unité.

Objectif 2 : Optimiser la pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques (pertinence des séjours, et accessibilité) en organisant l'aval, en sortie de réanimation

Objectif 3 : Fluidifier le parcours en soins critiques, pour anticiper l'explosion de la demande, en y intégrant les surveillances continues comme partenaires à part entière des réanimations.

Objectif 4 : Harmoniser les conditions de fonctionnement des Unités de Soins Critiques.

Objectif 1 : Optimiser la pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques en organisant l'amont de l'admission dans une unité.

L'objectif est d'améliorer la pertinence du recours (pertinence des admissions et accessibilité) aux différentes unités de soins critiques de manière fluide, et de mesurer cette pertinence.

Pendant le séjour, le choix de l'unité de réanimation doit se faire au plus près des besoins du patient ; certains séjours pourraient bénéficier de transferts plus précoces vers une surveillance continue, idéalement proche du domicile.

Ainsi, il manque certainement dans l'offre de soins hospitalière, des unités de soins lourds non critiques qui permettraient d'hospitaliser dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité (ratio de personnel soignant formé aux soins lourds) des patients aux lourdes charges de soins mais dont l'état n'est pas critique, afin de recentrer les USC sur leur mission de soins critiques.

- Améliorer des indications et la pertinence des réanimations Systématiser les directives anticipées graduées des patients vis-à-vis de réanimation active, dans les ES et les établissements médico sociaux, et formaliser les protocoles de LATA (limitations et arrêts des thérapeutiques actives) graduées.

L'objectif est de généraliser le recueil de directives anticipées graduées, pour la population des résidents en EHPAD, et de patients chroniques suivis en établissements de santé pour des maladies terminales susceptibles d'engager le pronostic vital à court terme. Il s'agit d'anticiper les conditions d'admission en soins critiques, quand cela est possible, avant l'urgence, afin que les unités de soins critiques en disposent avant de prendre leur décision, souveraine, et de rendre les directives anticipées accessibles aux SAMU et services d'urgence. Ceci dans le strict respect de la loi Clays Léonetti, et en accord avec les thématiques de pertinence nationales.

- Mieux utiliser les unités de surveillance continue dans leur rôle d'unités de premier niveau, tout en facilitant les avis tant pour limiter la perte de chance (patient non adresse en réa à tort) que l'admission excessive en réanimation.
 - Travailler avec les urgentistes sur les indications de réanimation, les décisions de limitation des patients prises à froid en concertation, dans le respect de la loi Clays Léonetti.
- Graduer les réanimations en fonction de leur plateau technique, en mettant à disposition un système d'information régional accessible aux urgences, aux SAMU et aux différentes unités de soins critiques, décrivant en temps réel la disponibilité et l'offre des plateaux techniques, la capacité des unités, et les places disponibles.

L'amélioration de l'adressage des patients au bon plateau, doit permettre d'éviter les pertes de chance (plateau sous équipé) et de mieux utiliser les ressources en lits rares des réanimations de recours.

Pour ce faire, la description précise des plateaux techniques environnants sera partagée sur une plateforme ou un outil régional. Les réanimations seraient caractérisées par leur plateau technique et non uniquement par le volume de patients.

- Généraliser l'accès aux nouvelles technologies de la santé
Créer un plateau de télémédecine entre ces unités pour éviter les transferts inutiles, ou à l'inverse, envisager un transfert vers un plateau plus lourd.

L'utilisation de la télémédecine favorisera les partages d'avis entre réanimations adreseeuses et de recours et entre les services d'urgences et les réanimations.

- Créer des filières en soins critiques sur certaines thématiques sur lesquelles l'absence d'adressage au bon plateau au bon moment est un facteur de perte de chance pour le patient.

Une formalisation de toutes les filières nécessaires de soins critiques sera une des thématiques de travail du groupe PRS 2016-20.

Pour ces thématiques précises, permettre une prise de décision rapide et une collaboration aisée entre unités «de recours» et «adreesseuses» sur une thématique précise, par la mise à disposition d'algorithmes de demandes d'avis de recours 24h/24h sur ces pathologies spécifiques. Ceci permettrait d'assurer une prise en charge homogène sur la région de ces pathologies spécifiques, quel que soit le point d'entrée dans le système de santé. Une telle filière existe déjà avec succès : la filière régionale de prise en charge des polytraumatisés qui pourra servir de modèle à l'établissement de ces filières.

Les filières suivantes sont pressenties : SDRA pouvant nécessiter une ECMO, neuro réanimation hors UNV, réanimation nécessitant de la cardiologie interventionnelle ou de l'endoscopie interventionnelle de pointe, réanimation hématologique.

- Approfondir dans le cadre de la suite du PRS, les raisons des variations des taux de recours départementaux et mettre au point des indicateurs de pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques.

Ceci nécessitera un travail de santé publique en lien avec un département de recherche.

Objectif 2 : Optimiser la pertinence du recours aux différentes unités de soins critiques (pertinence des séjours, et accessibilité) en organisant l'aval, en sortie de réanimation.

L'optimisation du transfert des patients de réanimation vers des unités de surveillance continue plus proches de leur domicile lors de l'amélioration clinique est encore sous utilisée en région.

Par ailleurs, le développement de la prise en charge de la rééducation précoce intensive en réanimation et la mesure de son efficacité seront recherchés, en créant des liens entre rééducation fonctionnelle et réanimation : équipes mobiles mixtes, unités de rééducation post réanimation appelées SRPR existant déjà dans d'autres régions. Cela suppose d'étudier en détail les parcours, le devenir et la qualité de vie des patients post réanimation.

Il manque des places en SSR spécialisés pour les patients qui gardent de lourdes séquelles après réanimation, qu'elles soient respiratoires (patients gardant une ventilation, pour lesquels seules trois unités de SSR ventilent sur la région) et neurologiques, unités d'éveil et unités EVC EPR (les unités EVC EPR ont un nombre de lits de inférieur aux normes préconisées par la circulaire Kouchner de 2004). Une troisième catégorie de patients chronicisés post réanimation est en train d'émerger : il s'agit des patients présentant un déconditionnement physique sévère pluri factoriel post réanimation, dont l'état est trop lourd pour des services classiques (médecine ou chirurgie et a fortiori de SSR) mais qui ne peuvent pas sortir de réanimation bien que n'ayant plus de défaillance vitale aiguë. Ces patients appelés «bed blockers» restent en réanimation par manque de structure intensive d'aval, occupent des lits, et ne bénéficient en même temps pas d'une prise en charge adaptée centrée sur la rééducation en contexte de soins intensifs. Leur nombre devrait doubler dans les dix prochaines années selon la littérature.

- Créer de nouvelles unités de surveillance continue dites SRPR spécialisées en rééducation fonctionnelle, pour les patients ayant un projet thérapeutique.

Il serait fortement souhaitable de créer 3 à 4 unités de 12 lits de SRPR, sur les gros bassins de population.

- Clarifier et homogénéiser sur la région, les besoins, l'offre et les conditions d'accès aux unités de SSR spécialisées : unités d'éveil, unités SSR de ventilation chronique, unités de patients neuro végétatifs EVC EPR.

Pour ce faire une commission réunissant réanimateurs, rééducateurs fonctionnels spécialisés et médecins d'unités médico-sociales spécialisées (essentiellement MAS), et représentant des tutelles (ARS, MDPH) pourra établir des guidelines.

- Encourager des travaux et projets communs entre réanimateurs et rééducateurs fonctionnels.

Objectif 3 : Fluidifier le parcours en soins critiques, pour anticiper l'explosion de la demande, en y intégrant les surveillances continues comme partenaires à part entière des réanimations.

- Sanctuariser le nombre de lits de réanimation sur la région en les concentrant et en favorisant les regroupements sur les plateaux techniques de recours qui sont engorgés.

Concentrer les lits de réanimation sur les plateaux techniques (de recours et polyvalents) en s'orientant vers des unités de soins critiques (réanimation et surveillance continue) d'au moins 20 lits.

- Favoriser la fluidité des parcours montants et descendants entre les réanimations des plateaux techniques de recours, des plateaux techniques polyvalents et des surveillances continues pour harmoniser les taux d'occupations entre unités de recours et unités polyvalentes.

Cette fluidification est nécessaire pour éviter l'engorgement des unités des plateaux de recours et la perte de chance pour les malades ayant besoin de ce plateau en urgence, tout en redonnant leur juste place aux surveillances continues.

- Anticiper les périodes de tensions et prendre en compte la variation des besoins (modularité des SC).

Dans les nouvelles unités créées ou rénovées, les chambres de SC seront équipées dans la mesure du possible selon les recommandations professionnelles afin de pouvoir les transformer transitoirement en lits de réanimation si besoin en ajustant le personnel.

- Créer des collaborations étroites entre unités de soins critiques des établissements de santé d'un même territoire, avec des projets médicaux de territoire de soins critiques.

Ces projets permettront de formaliser des collaborations efficaces entre activités de surveillance continue et de réanimation. Ces projets pourront être plus larges que les projets médicaux partagés de GHT, en particulier afin de rompre l'isolement de certaines unités de surveillance continue isolées.

Objectif 4 : Harmoniser les conditions de fonctionnement des Unités de Soins Critiques.

L'ARS contractualisera avec les établissements sur les missions de chaque unité de soins critiques, à partir d'un projet médical propre, adapté aux besoins de l'établissement, et s'intégrant aussi dans le projet de territoire de soins critiques.

Les capacités des unités de surveillance continue isolées de petite taille seront redéployées. Pour les unités de surveillance continue isolées de grande taille, la redéfinition des besoins nécessaires s'appuiera sur la nécessité de garantir la pertinence des séjours. La contractualisation avec l'ARS inclura les règles de fonctionnement assurant une qualité des soins minimale.

Résultats attendus

- Amélioration de la pertinence de l'adressage en soins critiques : adresser le bon patient au bon plateau
- Systématisation des directives anticipées graduées des patients vis-à-vis de réanimation active, dans les ES et les établissements médico sociaux
- Généralisation de l'utilisation de la télémédecine pour des demandes d'avis

- Amélioration de la qualité de vie des patients en post réanimation
- Clarification et homogénéisation des conditions d'accès aux unités de SSR spécialisées

- Création des filières en soins critiques opérationnelles
- Diminution des variations de pratiques infrarégionales
- Concentration des moyens sur les plateaux lourds

- Fluidité des passages entre réanimations et unité de surveillance continue, avec des plateaux gradués
- Augmentation des collaborations entre équipes

3.4.11 Imagerie en coupe

L'imagerie en coupe est une partie essentielle de l'imagerie médicale étroitement liée à l'ensemble des autres techniques d'imagerie comme la radiologie standard, l'échographie, la radiologie interventionnelle... La notion de plateau d'imagerie est donc essentielle. L'imagerie médicale est au service de la meilleure prise en charge des patients. La demande d'examen d'imagerie d'un médecin est transformé en prescription par le radiologue après analyse de la demande et au vue en particulier du Guide de Bon Usage des examens d'imagerie de la Société Française de Radiologie et Société Française de Médecine Nucléaire. L'imagerie en coupe (scanner et IRM) occupe, dans ce contexte, une place de premier plan dans le diagnostic et la surveillance des maladies. Elle est également devenue un élément incontournable des techniques thérapeutiques.

Les principales conclusions du rapport « innovation et système de santé » du HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) du 28 janvier 2016 mettent en évidence le rôle central des équipements d'imagerie dans les prises en charge de nombreuses pathologies qui devrait s'accroître avec un élargissement prévisible des indications où leur usage sera requis notamment du fait de l'élargissement de leur usage au-delà des fonctions diagnostiques vers des fonctions curatives (en particulier utilisation dans un cadre interventionnel). Cette évolution devrait avoir des conséquences importantes sur l'efficacité des traitements mais également sur l'organisation des prises en charge et sur les métiers des professionnels de santé.

Toujours selon le HCAAM, la réponse actuelle du système de soins aux besoins de la population en imagerie ne semble pas satisfaisante. Ces besoins, déjà importants, augmentent en raison de l'élargissement des indications médicales (en plein développement s'agissant de l'IRM) et de la plus grande intégration de l'imagerie dans l'offre globale de soins. Au final, le niveau de service ne permet pas d'atteindre les objectifs satisfaisants en matière de délais d'attente pour les pathologies les plus graves ou nécessitant les examens les plus complexes et longs.

Ce volet du Schéma Régional de Santé se situe également dans la continuité du PRS - SROS précédent. Si les orientations du volet imagerie de ce dernier ont permis des améliorations importantes dans la réponse aux besoins de la population autour de plateaux techniques regroupés, diversifiés et adaptés, ces orientations nécessitent encore d'être confortées.

Ce nouveau schéma réaffirme ces principes et en particulier l'installation des nouveaux équipements sur des plateaux d'imagerie complets associant TDM, IRM avec une équipe radiologique en capacité de réaliser les examens les plus pertinents pour les patients pouvant aller jusqu'à la substitution de l'examen demandé. Il poursuit la nécessaire démarche d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des inégalités, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans un souci d'efficacité et de performance.

Il s'inscrit dans les plans de santé publique : plan cancer, plan AVC, plan Alzheimer.

Il abordera également l'organisation de la radiologie interventionnelle et en particulier la radiologie interventionnelle avancée dépassant en cela la seule imagerie en coupe.

La qualité des soins est également un des axes majeurs. Elle passe par l'application du Guide de Bon Usage auprès de tous les demandeurs d'examens d'imagerie. Elle doit aussi bien sûr prendre en compte l'état de l'art actuel de la radiologie et son évolution.

L'offre de soins radiologique se conçoit avec une organisation 24/24, 7/7 accessible sur l'ensemble du territoire, au titre de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES régionale) ou de la continuité des soins.

Evolutions techniques

Scanners

La préoccupation reste centrée sur l'imagerie la plus adaptée à la prise en charge du patient prenant en compte la dose d'irradiation la plus faible.

Dans un rapport de 2016, l'Autorité de Sûreté Nucléaire souligne toutefois la nécessité de parvenir à une meilleure maîtrise des doses de rayonnements délivrées aux patients, tout en préservant les bénéfices sur le plan médical de cette technique d'imagerie.

Les progrès technologiques (5 vitesses d'acquisition, traitement d'image, acquisition spectrale^o), qui permettent de diminuer de façon significative la dose d'irradiation, doivent être diffusés largement dans les territoires à l'occasion du PRS 2.

Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

D'un point de vue technique, les avancées essentielles sont :

- l'IRM multiparamétrique,
- des séquences d'acquisition plus rapides,
- la possibilité de faire de l'angiographie de certains territoires sans produit de contraste,
- des protocoles de reconstructions d'images standardisés réalisés dès l'acquisition,
- l'amélioration des antennes, leur numérisations et de leur rapport signal/bruit,
- des logiciels d'aide à la décision.

IRM très haut champ :

Compte tenu du très fort potentiel de l'IRM, les constructeurs concentrent leurs efforts sur les innovations technologiques en IRM 3 Teslas [1] (T) pour des applications avancées en cancérologie, en imagerie vasculaire et cardiaque, en imagerie neurologique fonctionnelle ainsi qu'interventionnelle. A l'échelle européenne une machine sur 5 concerne du 3 T.

Les recherches et développements en cours portent notamment sur les applications cliniques d'appareils 7 T (visualisation des faisceaux de neurones, différenciation plus fine de la substance blanche et grise...). La commercialisation d'aimant 7T au point de vue clinique sera certainement effective avant la fin du PRS 2 et des implantations doivent déjà être envisagées.

Bilan de l'existant de l'imagerie en coupe en région PACA

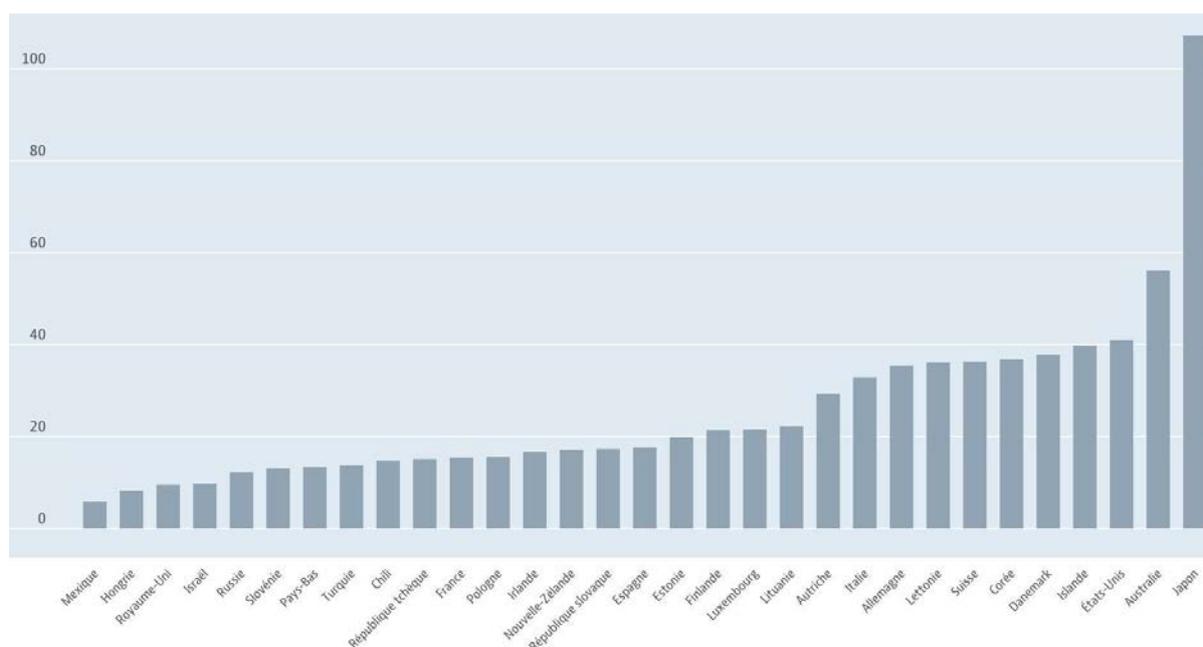
Implantations des Scanners

Territoire	Nb sites prévus au SROS	Nb sites autorisés	Nb appareils prévus au SROS	Nb d'appareils autorisés	Nb équipements/1 M d'habitants	Nb moyen d'actes par appareil (source SNDS)
Alpes de Haute Provence	3	4*	4	4	24,8	7 808
Hautes Alpes	3	3	3	3	21,4	6 571
Alpes Maritimes	14	15*	20	20	18,5	10 777
Bouches du Rhône	26	27*	37	37	18,4	11 969
Var	16	16	17	17	16,4	10 626
Vaucluse	9	9	10	10	18,0	9 982
Total PACA	71	74	91	91	18,3	10 877

*2 entités juridiques sur le même site géographique

Ce qui, par rapport à 2011, représente une évolution de 16% du nombre de scanners autorisés dans la région. En moyenne sur la région près de 11 000 actes sont réalisés par équipement installé et par an. Les écarts d'activité sont par ailleurs importants, ils varient de 5 200 à plus de 20 000 actes par an et par EML.

A titre indicatif le taux d'équipement en SCANNERS dans les autres pays est le suivant :



Source OCDE 2015

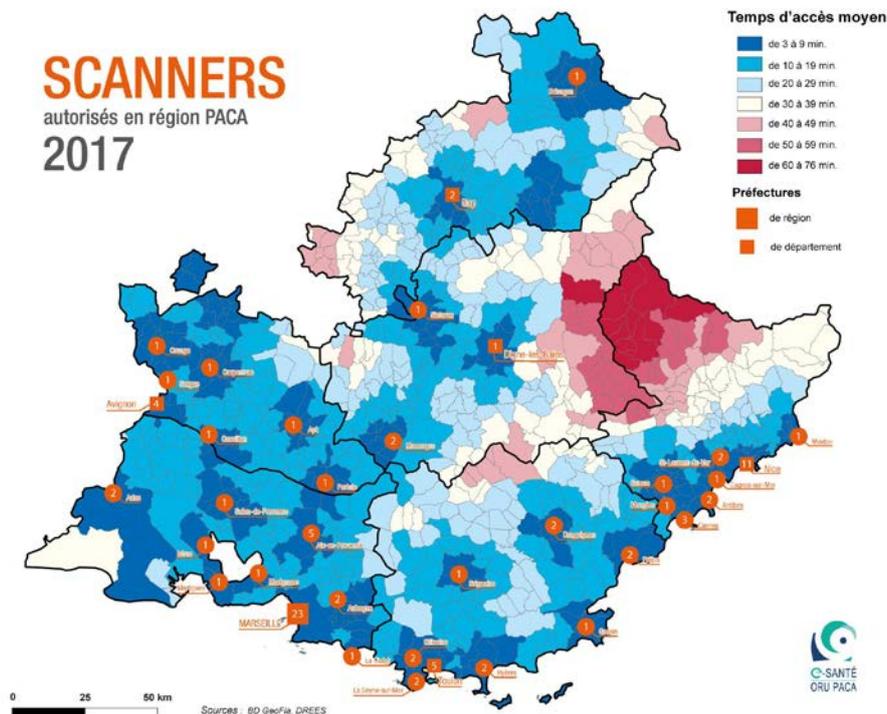
Parmi les principaux pays que l'on compare traditionnellement à la France au niveau international (niveau de vie, de développement économique, effort de recherche etc.), il n'y a que le Royaume Uni et les Pays-Bas qui ont des taux d'équipement inférieurs aux taux de la France.

Le taux de recours français (par habitant) apparaît à l'opposé très élevé, puisque parmi les pays comparables, il n'y a que le Japon et les USA pour lesquels on mesure une valeur supérieure.

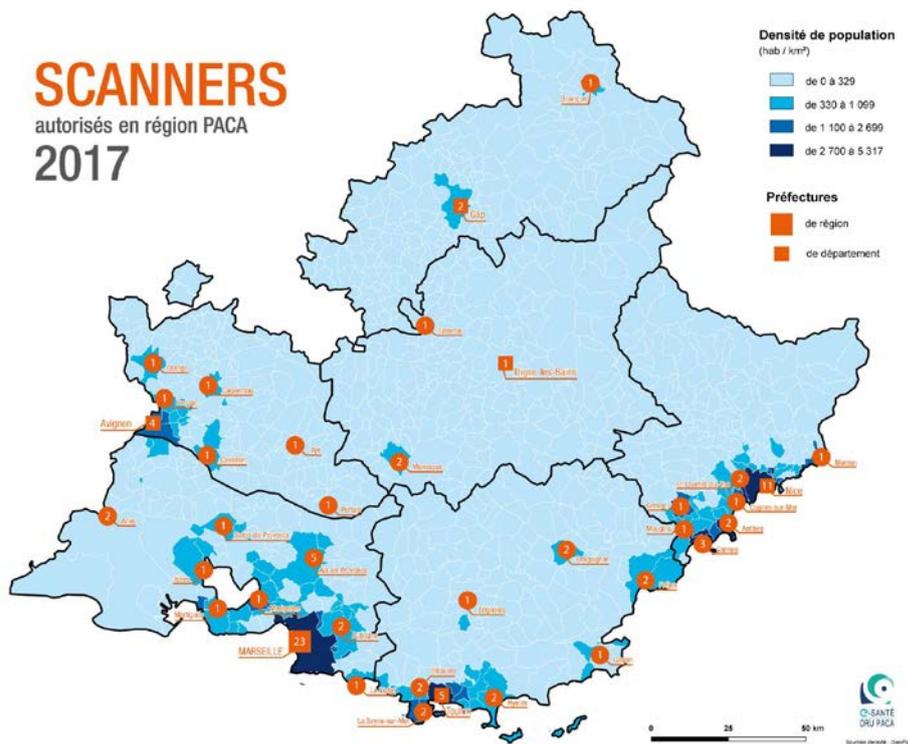
La production (apparente) par équipement installé est donc très élevée en France puisqu'il est de l'ordre de 10 000 actes par équipement.

Temps d'accès aux scanners en région PACA

Les temps d'accès sont les plus longs dans le nord des Alpes Maritimes et l'est des Alpes de Haute Provence.



Nombre de scanners autorisés / densité de population



Implantations des IRM

Territoire	Nb sites prévus au SROS	Nb sites autorisés	Nb appareils prévus au SROS	Nb d'appareils autorisés	Nb équipements /1 d'habitants	Nb moyen d'actes par appareil (source SNDS)
Alpes de Haute Provence	2	2	2	2	12,4	6547
Hautes Alpes	1+1*	2	1*+2	2	21,4	6229
Alpes Maritimes	1*+11	12	1*+16	16	15,7	8748
Bouches du Rhône	22	23**	34	34	16,9	6947
Var	12	12	13	13	12,5	8629
Vaucluse	6	5	7	7	12,6	8773
Total PACA	56	56	76	74	15,2	7774

* besoins exceptionnels de santé publique 2017

** 2 entités juridiques sur le même site géographique

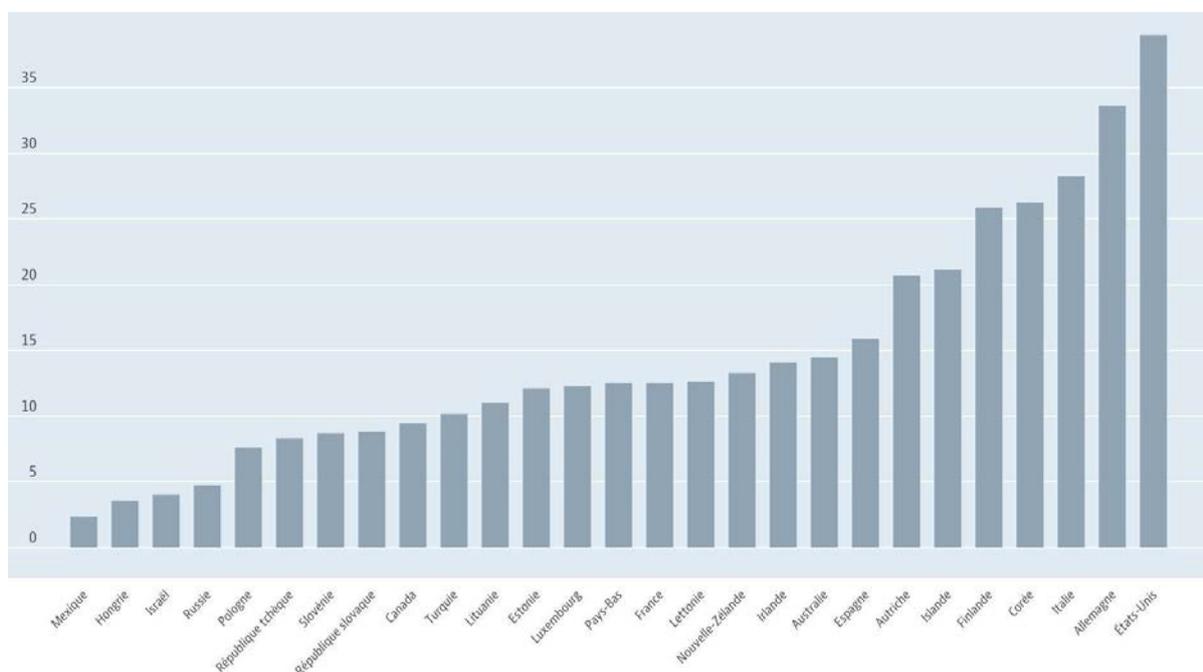
Rapporté au 49 IRM autorisées en 2011, le taux d'accroissement avoisine les 45 %. En moyenne sur la région près de 8 000 actes sont réalisés par équipement installé et par an. Les écarts d'activité sont tout aussi importants que pour les scanners, ils varient de 4 200 à plus de 16 000 actes par an et par EML.

Taux d'équipement IRM et Scanners pour 1 000 000 d'habitants

Pour les départements des Bouches du Rhône et des Alpes Maritimes, les écarts des taux d'équipements d'IRM s'expliquent en partie par la présence sur leur territoire d'établissements de référence (CHU et CLCC). Les écarts des taux d'équipement des scanners pour les départements des Hautes Alpes et des Alpes de Haute Provence s'expliquent par la faible densité de population.

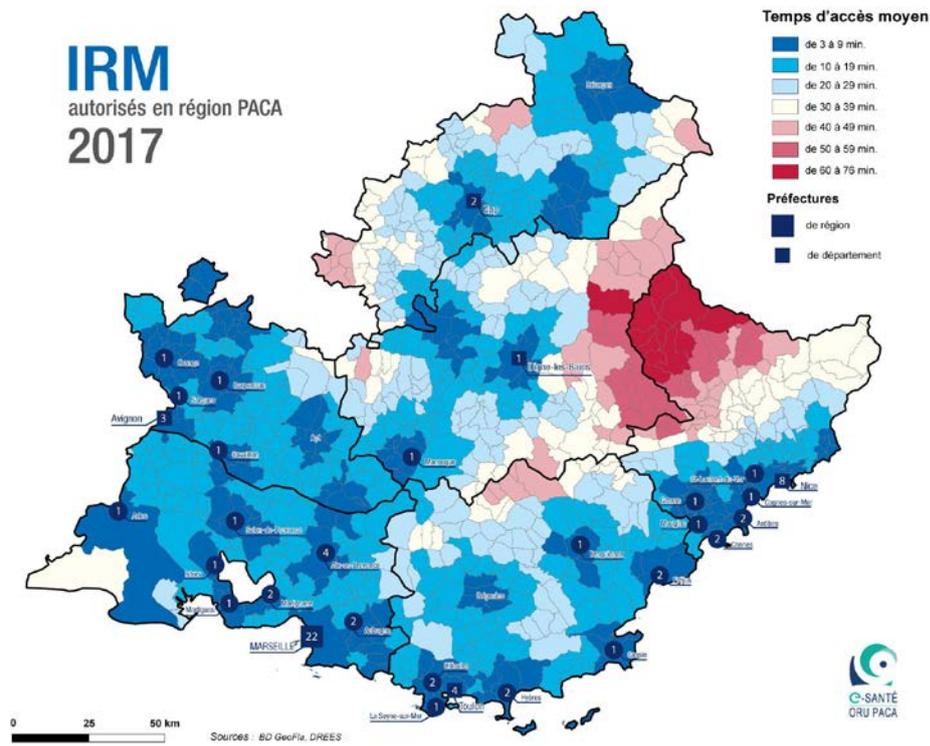
Comme pour les scanners, parmi les principaux pays que l'on compare traditionnellement à la France au niveau international (niveau de vie, de développement économique, effort de recherche etc.), il n'y a que les Pays-Bas et le Canada qui ont des taux d'équipement inférieurs aux taux de la France.

A titre indicatif le taux d'équipement en IRM dans les autres pays est le suivant :

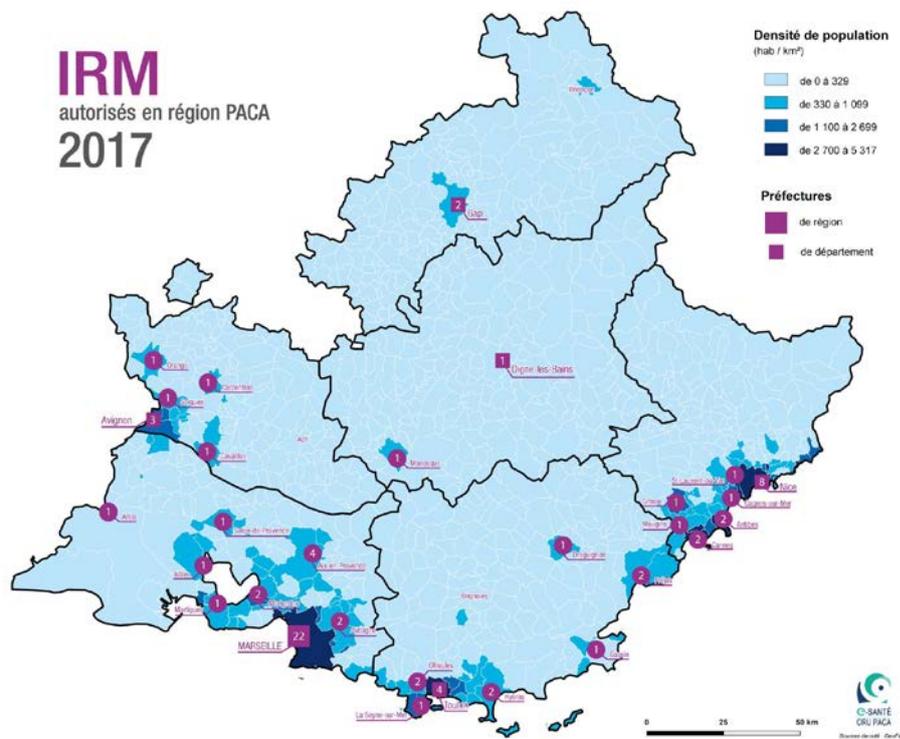


source OCDE 2015

Temps d'accès aux IRM en région PACA



Nombre d'IRM autorisés / densité de population



Démographie des radiologues

Aspects quantitatifs

Entre 1999 et 2016, le nombre de spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale actifs a augmenté de 13% en Paca, contre 20% pour la moyenne nationale (820 actifs).

Avec 16,4 médecins pour 100.000 habitants, la densité actuelle est supérieure de 23% à celle que l'on mesure France métropolitaine : ce résultat est conforme à ce que l'on observe pour l'ensemble de spécialités les plus courantes.

Les libéraux sont plus fortement implantés en Paca (86%) qu'en moyenne au niveau national (74%) ce qui est à nouveau conforme aux tendances observées pour l'ensemble des spécialistes. Leur activité est conforme à la moyenne nationale observée.

33% des radiologues ont 60 ans et plus en Paca et 50% sont âgés de plus de 55 ans ce qui est légèrement supérieur à la norme nationale (28% et 47%)

Avec une valeur de 57%, la proportion de femmes installées de moins de 40 ans est plus élevée qu'en France métropolitaine.

La région Paca : une région toujours attractive

Parmi les 8736 spécialistes installés en France Métropolitaine, 9% ont une activité recensée en Paca alors que la région n'a formé que 6% du total des inscrits : ceci confirme la forte attractivité (historique) de la région, également observée pour toutes les autres spécialités. 47% des inscrits actifs actuellement en Paca ont été formés hors Paca.

Les premières projections d'effectifs indiquent une diminution des inscrits à horizon 2027. Ces chiffres sont incertains car ils reposent entre autres sur une hypothèse de stabilité de l'attractivité régionale pour les années à venir. A noter que la densité de manipulateurs ERM actuellement installés en Paca est également élevée (+25% par rapport à la moyenne métropolitaine).

Aspects qualitatifs

Pour cette spécialité comme pour la plupart des spécialités, les disparités d'installation sont importantes d'un département à l'autre (densités particulièrement faibles dans les Alpes de Haute Provence). Ainsi, les Alpes Maritimes ont une densité supérieure de près de 3 points par rapport aux Bouches du Rhône.

Au final, cette première analyse exclusivement fondée des données institutionnelles (répertoires RPPS et sources internes à l'agence) dresse le tableau d'une région attractive, plutôt bien pourvue en radiologues. Cependant on observe un fléchissement des effectifs en 2023 qui semble s'accroître en 2027.

Parallèlement la profession de manipulateur radio qui peut logiquement intervenir dans l'organisation de cette activité est une profession dont les effectifs croissent (+ 22% sur les 5 dernières années) avec des densités en PACA supérieure à la moyenne nationale.

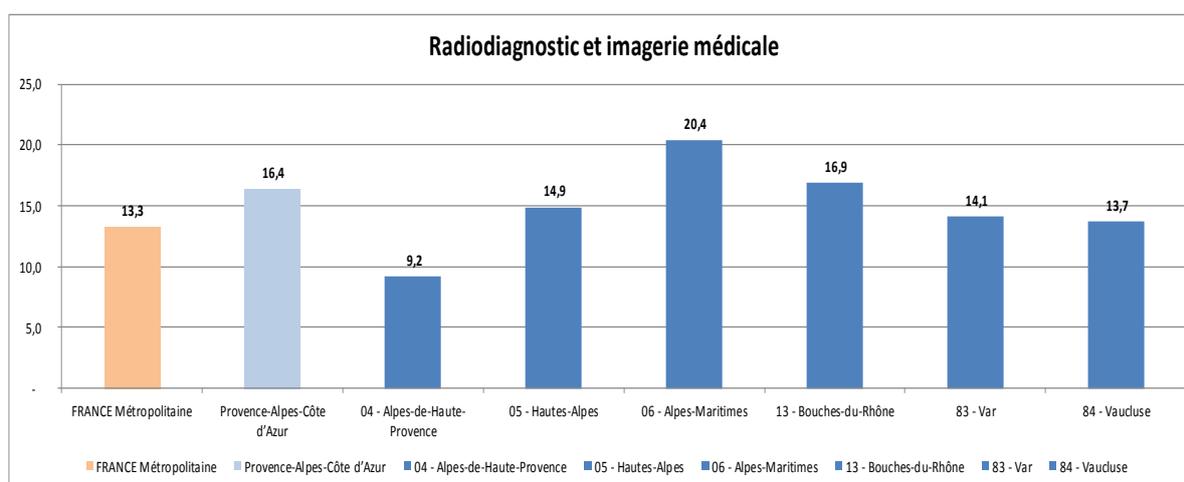
	Chiffres clés			
	Radiodiagnostic et imagerie médicale			
	PACA		France	
Dénombrement – évolution - densités	2017	Evolution entre 1999 et 2016	2017	Evolution entre 1999 et 2016
Dénombrement - évolution				
Radiologie - Imagerie	820	13 %	8 736	20 %
Ensemble des médecins	20 131	9 %	216 762	10 %
Densités pour 100 000 habitants	16,4		13,3	
Différentiel PACA/France	23 %			
Pyramide des âges				
Part des 60 ans et plus	33 %		28 %	
Part des 55 ans et plus	50 %		47 %	
Part des femmes	34 %		34 %	
Part des moins de 40 ans	17 %		20 %	
Part des femmes chez les moins de 40 ans	57 %		48 %	
Statut				
Part des libéraux				
Radiologie - Imagerie	86 %		74 %	
Ensemble des spécialistes	62 %		51 %	
Activité moyenne des libéraux (**)				
Ensemble des actes (consultations et CCAM)	12 798		12 820	
Attractivité régionale				
% des médecins actifs (France entière) inscrits en PACA	9 %			
% des médecins actifs (France entière) formés en PACA	6 %			
Part des médecins inscrits en PACA formés hors PACA	47 %			
Part des médecins inscrits en PACA formés à l'étranger	10 %			
Part des médecins formés en PACA inscrits en PACA	80 %			
Projections PACA uniquement : horizons 2023 et 2027				

	2023	2027
Effectifs formés en PACA	69	136
Effectifs projetés	673	645
Evolution des effectifs (base 100 – année 2017)	80	77

(**) actifs part entière : moins de 65 ans – non installés dans l'année – ayant au moins un euro d'honoraires

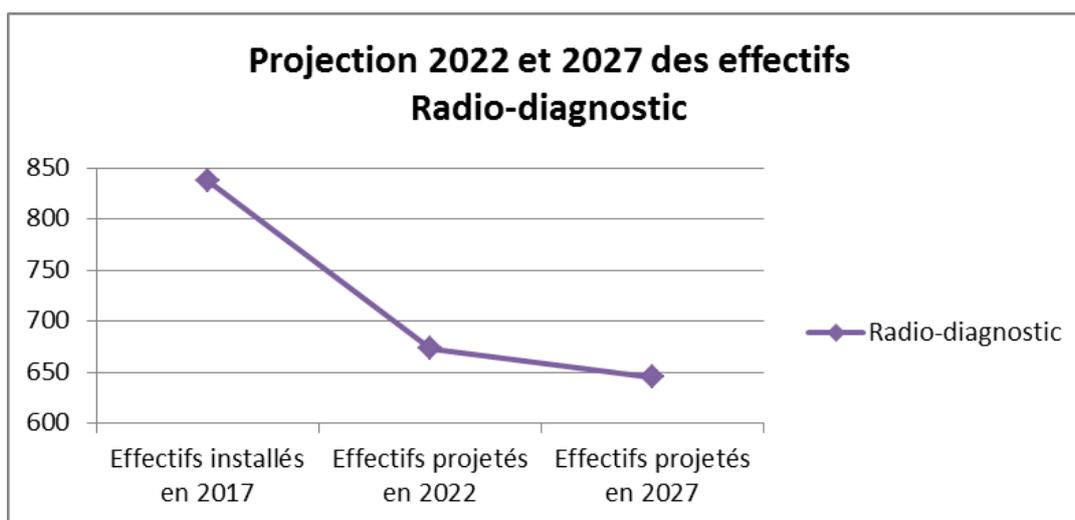
Source : RPPS 2017 – ADELI 1999/2011 – ARS PACA / SNIR PS 2014 / Service RH en santé 2017

Spécialistes en radiodiagnostic et en imagerie médicale – densités départementales pour 100.000 habitants Source : RPPS 2017



Dans les Alpes Maritimes, la densité de radiologues est particulièrement élevée par rapport aux autres départements de la région.

Projection des effectifs



Objectifs

Les différents schémas ont permis une augmentation du taux d'équipement aussi bien en scanner qu'en IRM. Cette augmentation sera poursuivie notamment dans le cadre :

- des plans de santé publique,
- et de la pertinence des actes.

La recherche continue d'une amélioration de l'équité des patients dans l'accès à l'imagerie lourde dans les territoires reste une priorité. Elle s'appuie néanmoins sur la démographie des professionnels de santé.

Objectif 1 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins – la pertinence des actes

Objectif 2 : Favoriser prioritairement l'accès à l'imagerie des patients relevant d'un des axes de santé publique majeurs

Objectif 3 : Assurer la permanence et la continuité des soins

Objectif 4 : Développer et encadrer la télé radiologie et la téléexpertise

Objectif 5 : Définir les principes d'organisation et améliorer l'accès à la radiologie interventionnelle conformément aux recommandations de la Fédération de Radiologie Interventionnelle (FRI)

Objectif 1 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins – la pertinence des actes

- Proposer l'acte d'imagerie le plus pertinent aux patients, en se conformant notamment au Guide du Bon Usage des Examens d'imagerie et s'assurer que l'acte d'imagerie exposant le patient à de rayonnements ionisants présente un «avantage médical direct suffisant au regard du risque».

Dans cet objectif, améliorer l'accès à l'IRM en complément ou substitution d'autres modalités car les indications de l'Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire sont en augmentation constante.

- Mieux utiliser le guide de bon usage des examens d'imagerie.

Cette action s'intègre dans le cadre du plan national de gestion du risque (GDR). Elle a pour objectif de contribuer à supprimer des actes non indiqués et redondants en encourageant l'acte le plus efficient en première intention pour dégager des marges de manœuvre et limiter la surexposition aux radiations. Elle passe par la diffusion du guide de bon usage des examens d'imagerie et des recommandations de la HAS auprès des demandeurs d'examens d'imagerie.

Objectif 2 : Favoriser prioritairement l'accès à l'imagerie des patients relevant d'un des axes de santé publique majeurs qui souffrent d'un déficit d'accès reconnu notamment à l'IRM (Cancérologie, neurovasculaire, pédiatrie) en cohérence avec les priorités décrites dans le livre blanc d'imagerie. Cette priorisation s'appuiera sur des critères objectifs d'activité effective dans ces domaines.

- **Cancérologie**

Les nouveaux appareils d'IRM seront implantés en veillant à :

- Une répartition territoriale équitable en termes d'accès aux soins pour le diagnostic et le suivi radiologique des cancers.
- Une amélioration des délais d'attente pour les patients ambulatoires.
- Une identification territoriale de plages dédiées à la cancérologie.
- La participation active des radiologues aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

- **Neurovasculaire**

- Assurer l'accès direct à l'IRM 24h/24 pour la prise en charge des AVC sur les sites d'urgence à forte activité, et de manière impérative sur les sites sièges d'Unité Neuro Vasculaire.
- Développer la télé expertise.

(cf. <https://www.orupaca.fr/publications/les-bonnes-pratiques-fondamentales/les-filieres-avc/>)

- **Pédiatrie**

L'accessibilité insuffisante à l'IRM pour les enfants rend difficile l'application des objectifs réglementaires de substitution permettant de réduire l'exposition des patients aux rayonnements ionisants.

L'objectif est de mettre une organisation territoriale satisfaisante pour l'imagerie pédiatrique nécessitant de :

- Organiser une gradation de l'offre de soins en réseau, en distinguant une offre de proximité soutenue par des pôles de référence et prenant en compte les difficultés techniques particulières pour les enfants de moins de 6 ans nécessitant une éventuelle sédation.
- Structurer une permanence des soins spécifique de radio pédiatrie.
- Privilégier les projets de demandes d'autorisation d'EML qui ont une activité pédiatrique clairement identifiée.

Objectif 3 : Assurer la permanence et la continuité des soins

- Favoriser les accords locaux dans le cadre de coopération publics/privés : dans les établissements autorisés pour l'activité d'accueil des urgences, la permanence des soins en imagerie doit être assurée par l'ensemble des radiologues utilisant un équipement autorisé au prorata temporis de l'accès à cet équipement. Dans un souci d'efficacité, il est souhaitable que cette permanence porte sur toute l'imagerie.
- Formaliser l'organisation de la gestion des urgences pendant les horaires d'ouverture. Si l'équipement fonctionne en co-utilisation, ces principes seront précisés dans le règlement intérieur.
- Formaliser dans chaque territoire, la permanence des soins dans le cahier des charges de la PDSES qui doit être déclarée dans le répertoire opérationnel des ressources,
- Prévoir une solution de télé radiologie pour les acteurs locaux afin de diminuer la pénibilité.

En cas de difficultés d'organisation territoriale de la PDSES, une médiation pourra être effectuée par le G4 régional.

Objectif 4 : Développer et encadrer la télé radiologie et la téléexpertise au niveau régional notamment aux horaires de permanence des soins pour adapter l'offre de soins aux contraintes

La télé radiologie contribue au maintien d'une offre de premier recours en apportant une alternative à la gestion de la permanence des soins. Elle est une réponse en termes de conditions d'accès mais également en termes d'égalité d'accès en permettant à des services d'urgence de bénéficier d'un avis spécialisé.

Elle permet d'optimiser les ressources médicales qui peuvent être limitées ou inégalement réparties dans certains territoires.

- **Assurer le développement du télédiagnostic** qui contribue à pallier les difficultés liées à la démographie des radiologues publics et ce dans le respect des 7 principes figurant dans les bonnes pratiques fondamentales «Imagerie et urgences» ainsi que dans le respect strict de la charte de télé radiologie.
 - 1er principe : appliquer la charte de téléradiologie du Conseil Professionnel de la Radiologie et du Conseil National de l'Ordre des Médecins :
 - ✓ Permettre au médecin en contact avec le patient d'accéder à une médecine radiologique.
 - ✓ Mettre en réseau des cliniciens et des radiologues dans une logique territoriale partagée.
 - ✓ La télé radiologie est une pratique complémentaire à l'exercice habituel du radiologue.
 - 2ème Principe : assurer la demande croissante d'examens par les services d'urgence notamment aux horaires de la permanence des soins, diminuer la pénibilité de la garde de radiologie et assurer la pérennité du fonctionnement habituel du service d'imagerie.
 - 3ème principe : pour une garde de télé radiologie multi sites, le radiologue est de garde sur place, dans son établissement d'origine.
 - 4ème principe : privilégier un partenariat entre établissements pour la mise en place d'une télé radiologie régionale. Ce sont les établissements qui décident de leur participation ou non à une télé radiologie.
 - 5ème principe : organiser la PDESES sur la base d'un volume d'activité dont le nombre d'examens de nuit avoisine les 10/12 scanners correspondant à une activité d'urgences de 100 000 admissions/an
 - 6ème principe : le partage des tâches est envisageable selon les choix d'équipes dans chaque organisation: Horaire, Typologie d'examen
 - 7ème principe : maintenir une astreinte de sécurité pour les échographies d'urgence et les éventuelles défaillances techniques.
- **Développer la télé expertise**

La télé-expertise consiste en l'envoi des données produites par une structure disposant d'un radiologue sur place, vers un radiologue ayant un niveau d'expertise supérieur. Le télé radiologue expert doit pouvoir avoir accès non seulement à l'examen radiologique pour lequel il est sollicité, mais à l'antériorité des examens, à l'ensemble du dossier médical du patient y compris les résultats des examens cliniques et biologiques.

Le développement de cette modalité est essentiel dans certaines spécialités, notamment dans la prise en charge de l'AVC. Les recommandations restent les mêmes que pour l'usage de la télé radiologie et respectent des procédures écrites contractuelles,

Objectif 5 : Définir les principes d'organisation et améliorer l'accès à la radiologie interventionnelle conformément aux recommandations de la Fédération de Radiologie Interventionnelle (FRI)

Dans l'attente de l'évolution annoncée de la réglementation qui entraînera une révision du présent volet, élaborer des principes généraux pour l'imagerie interventionnelle :

- La radiologie interventionnelle s'inspire de recommandations techniques de fonctionnement particulières essentiellement élaborées par les sociétés savantes (Fédération de Radiologie Interventionnelle).
- Pour être identifiées au niveau régional, les activités de radiologie interventionnelle avancée périphérique (hors activités soumises à autorisation) feront l'objet d'une contractualisation «RI Avancée» avec l'ARS. Pour cela, le projet proposé doit s'intégrer dans une organisation

territoriale concertée, faisant appel à des professionnels spécialisés, qui garantissent la permanence des soins que requiert ce type d'activité.

- Le schéma doit prendre en compte le pourcentage d'activité de RI avancée ou générale pour les autorisations supplémentaires de scanners et IRM.
- Principes d'organisation des plateaux techniques.

Ils concernent deux catégories d'activité de radiologie interventionnelle :

- ✓ La radiologie interventionnelle générale, accessible à tous les plateaux techniques équipés et à tous les radiologues diplômés quelle que soit la structure dans laquelle ils travaillent. Cette activité doit répondre aux recommandations de bonnes pratiques mais ne nécessite pas un niveau d'organisation particulier.
- ✓ La radiologie interventionnelle avancée, qui ne peut être réalisée que dans des centres spécialisés (Personnel spécialisé, permanence des soins garantie, ...) :

Elles requièrent pour leur réalisation des niveaux d'environnement adaptés à la complexité et au niveau de risque du geste ainsi qu'au type de patient pris en charge.

Tout centre pratiquant ces actes doit répondre aux recommandations suivantes :

- ✓ Plateau technique d'imagerie diversifié avec scanner et éventuellement IRM.
- ✓ Médecins formés et ayant la pratique régulière de ce type d'actes. Les radiologues pratiquant les techniques d'embolisation participent à la PDS sur le centre ou si le centre n'assure pas de PDES sur le centre territorial de référence.
- ✓ Personnel para médical formé.
- ✓ Présence d'un anesthésiste si nécessaire et SSPI.
- ✓ Plateau technique d'imagerie répondant aux recommandations des sociétés savantes et à la réglementation sur la sécurité anesthésique.
- ✓ Accessibilité au secteur de réanimation (sur place ou par convention).

Dans l'attente de l'évolution de la réglementation, pour être identifiées au niveau régional, les activités de radiologie interventionnelle avancées périphériques (hors activités soumises à autorisation) font l'objet d'une contractualisation «RI Avancée» avec l'ARS. Pour cela, le projet proposé doit s'intégrer dans une organisation territoriale concertée, faisant appel à des professionnels spécialisés, qui garantissent la permanence des soins que requiert ce type d'activité.

Le schéma doit prendre en compte le pourcentage d'activité de radiologie interventionnelle avancée ou générale pour les autorisations supplémentaires de scanners et IRM.

Principes généraux pour déterminer les objectifs quantifiés

Les activités médico techniques partagent de plus en plus de problématiques communes nécessitant une interdisciplinarité. Il devient pertinent de :

- **Favoriser la mutualisation des équipes radiologiques et des plateaux techniques d'imagerie** : ce principe de mutualisation répond aux recommandations du G4 (conseil professionnel de la radiologie française) sur le projet professionnel commun des radiologues, qui encourage une offre de soins en imagerie, coordonnée et structurée dans un territoire de santé (maillage territorial)
- **Organiser des plateaux techniques d'équipements lourds avec pour objectif prioritaire le regroupement d'équipements d'imagerie en coupe au sein de plateaux multi techniques** favorisant la coopération des équipes de radiologie et de médecine nucléaire, la complémentarité des techniques et des moyens humains ainsi que les pratiques de

substitution. A ce titre le regroupement sur un même plateau technique de scanner et d'IRM doit être privilégié du fait de la complémentarité entre ces deux techniques d'imagerie en coupe.

Ces principes conduisent à privilégier les nouvelles implantations dans des structures déjà pourvues d'équipements lourds et adossés à des secteurs d'hospitalisation.

Pour une bonne organisation de la répartition des EML sur les territoires, il est nécessaire de prendre en compte, dans les critères d'attribution, la qualité du projet médical sur un établissement ou un site et celle de l'organisation de la permanence des soins. Le projet médical devra concerner l'ensemble des entités juridiques qui portent les autorisations déjà autorisées sur le site.

A ce titre les coopérations publiques-privées équilibrées en termes de montage juridique motivant pour les partenaires (GIE, GCS...) sont à privilégier.

Les nouvelles autorisations devront également prendre en compte la démographie médicale. La possibilité de nouvelles localisations d'équipements lourds dans des zones à faible densité de population ne pourra se faire qu'au regard des ressources humaines dans la zone considérée. Par ailleurs l'effectif médical doit être suffisant pour faire fonctionner l'équipement au regard de l'activité prévisionnelle.

- **Scanners : critères d'implantation**

- Dans les établissements de proximité : un premier scanner peut être autorisé, en plus de la radiologie conventionnelle et de l'échographie générale, prioritairement dans les établissements :
 - ✓ (soit) accueillant plus de 15 000 passages par an au service des urgences avec un taux d'hospitalisation supérieur à 15%
 - ✓ (soit) réalisant une activité de court séjour significative (médecine et chirurgie hors spécialité ne nécessitant pas d'exploration par scanner de manière habituelle), supérieure à 10 000 séjours par an,
 - ✓ (soit) réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil
- Pour un scanner supplémentaire, seront prioritaires les structures déjà dotées d'un plateau d'imagerie complet (disposant de scanner et IRM) et réalisant une activité de court séjour significative :
 - ✓ présentant une situation de saturation : volume et complexité des examens de scanner + « maturité organisationnelle du service » (traduite notamment par le nombre suffisant de radiologues + amplitudes diurnes suffisantes, ouverture du samedi matin),
 - ✓ pour répondre aux besoins de cancérologie, et/ou de neurologie et/ou de cardiologie, et/ou d'orthopédie ; de coloscanner et coroscanner ; d'imagerie interventionnelle ;
 - ✓ Pour l'accueil et le traitement des urgences, un scanner supplémentaire peut se justifier à partir de 40 000 passages (ATU et passages suivis d'une hospitalisation : Cf. panorama des urgences – GIP e-santé ORUPACA)

- **IRM : critères d'implantation**

- Site avec scanner sans IRM polyvalente (afin de favoriser la substitution)

Afin de favoriser la substitution, les sites à retenir correspondront le mieux à tout ou partie des critères suivants :

- ✓ Critères principaux
 - scanner non adossé à une IRM proche géographiquement (adossement géographique ou fonctionnel)
 - volume d'actes élevé en neurologie et cancérologie

- taux d'équipement rapporté à la population du territoire faible par rapport aux autres départements
- site autorisé à l'accueil des urgences
- ✓ Critères secondaires
 - site comportant des services à charge en soins importante (réanimation, soins critiques, pédiatrie)
 - activité de court séjour élevée sur le site
 - activité du scanner élevée
- Site avec IRM pouvant justifier d'une IRM supplémentaire

Pour une IRM supplémentaire, polyvalente ou ostéo-articulaire, seront prioritaires les structures où la ou les IRM déjà installées présentent une situation de saturation (volume et complexité des examens de l'IRM et « maturité organisationnelle du service » (nombre suffisant de radiologues + amplitudes diurnes, ouverture du samedi matin).

- ✓ Polyvalente
 - le volume d'actes de neurologie et d'oncologie est significatif sur l'équipement déjà autorisé (activité importante – importance du volume et de la complexité des actes)
- ✓ Ostéo articulaire
 - le volume d'actes de neurologie et d'oncologie est significatif sur l'équipement déjà autorisé (hors établissements spécialisés en cancérologie),
 - l'IRM adaptée à visée ostéo articulaire sera adossée à une IRM polyvalente,
 - la même équipe médicale disposera de la possibilité d'utiliser les 2 équipements afin de pouvoir proposer l'examen le plus pertinent,
 - l'équipement devra permettre une qualité d'image équivalente à celle de l'IRM polyvalente. Chaque fois que possible l'IRM polyvalente doit être privilégiée.
- ✓ Pédiatrique
 - Adossé à un centre de pédiatrie de référence ou de recours
 - pouvant témoigner d'une organisation en capacité de prise en charge d'une activité spécialisée de pédiatrie (notamment l'anesthésie et la réanimation)

3.4.12 Imagerie - Médecine Nucléaire

Ce volet du Schéma Régional des Soins se situe dans la continuité du SROS-PRS 1. Il poursuit, dans un souci d'efficacité, la nécessaire démarche d'amélioration de l'accès aux soins et d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Dans le cadre de ce volet, ne sont envisagées que les utilisations diagnostiques de techniques fondées sur l'administration de radionucléides au patient permettant de réaliser de l'imagerie fonctionnelle, complémentaire à d'autres techniques d'imagerie purement morphologique (scanner, IRM).

Bilan de l'existant des équipements en région Paca

Implantations des Gamma Caméra

Territoire	Nb sites prévus au SROS	Nb appareils prévus au SROS
Hautes Alpes	1	2
Alpes Maritimes	4	10
Bouches du Rhône	7	19
Var	3*	7*
Vaucluse	1	3
Total PACA	16	41

*dont HIA Ste Anne

100% des GAMMA CAMERAS autorisées sont installées et 50% ont plus de 7 ans

Le taux d'équipement par million d'habitants en PACA est de 8,3 pour 7 au niveau national.

Implantations des TEP

Territoire	Nb sites prévu au SROS	Nb appareils prévu au SROS
Alpes Maritimes	3	1*+3
Bouches du Rhône**	5*	1*+5
Var	2	2
Vaucluse	1	1
Total PACA	11	13

* besoins exceptionnels de santé publique

** + 1 TEP recherche autorisé pour le diagnostic à 20% du temps

100% des TEP autorisés sont installés et 50% des TEP installés ont plus de 3 ans.

25% des services de médecine nucléaire n'ont pas de TEP.

Les équipements supplémentaires prévus par la détermination de besoins exceptionnels en 2017 sont mentionnés mais les autorisations ne sont pas encore délivrées.

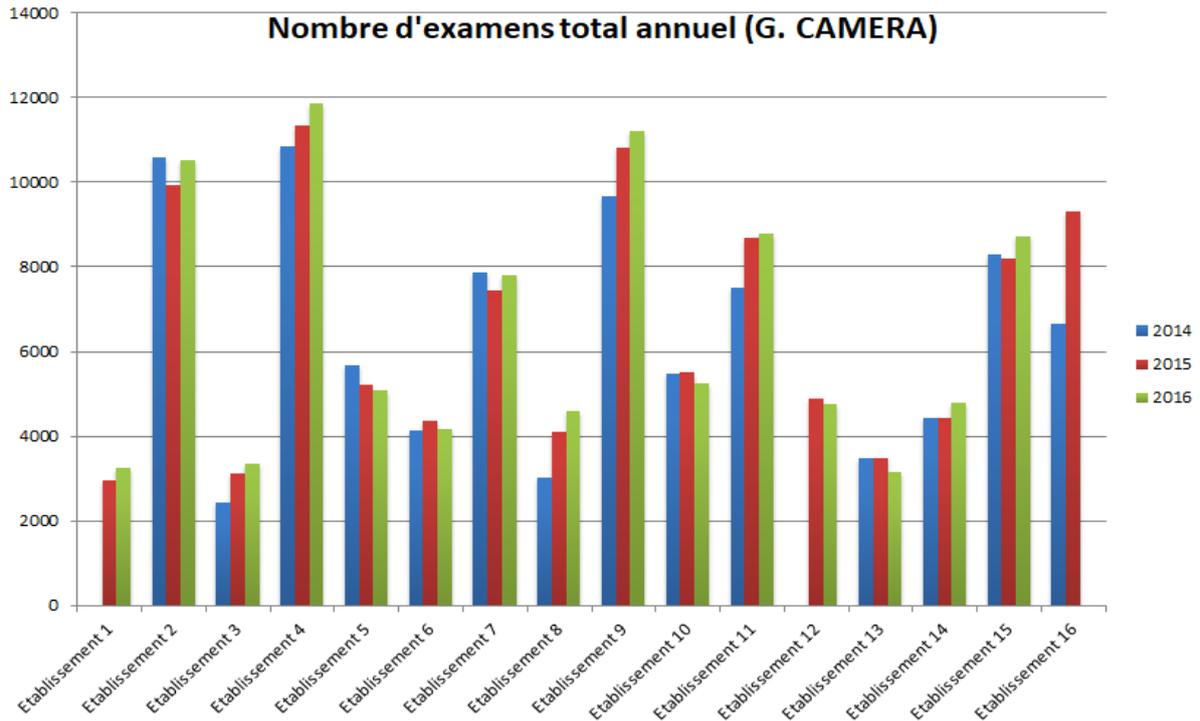
Le taux d'équipements par million d'habitants est de 2.6 pour un taux de 2.26 en France (taux minimum 0.9 maximum 3.47), de 4 en Europe et 7 aux USA.

Bilan de l'activité

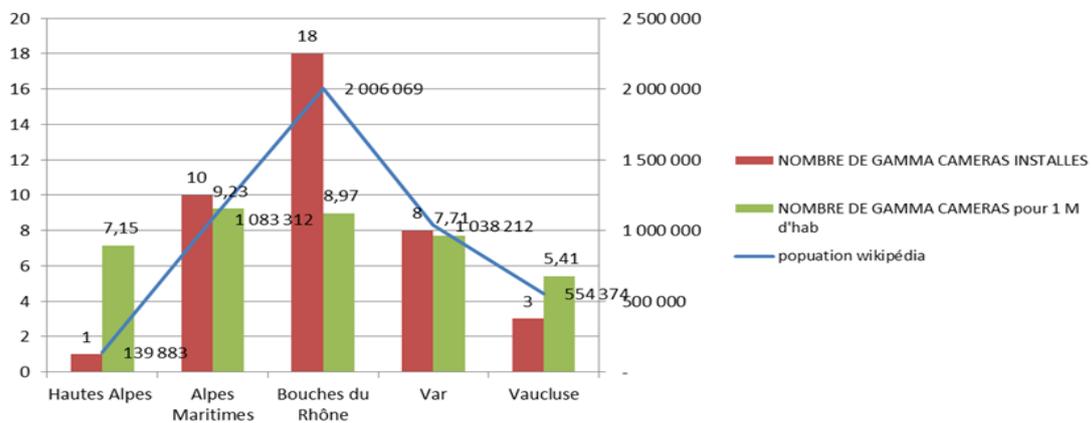
Gamma Cameras

97 219 examens ont été réalisés en 2016 ce qui, rapportés aux 90 089 examens réalisés en 2014, représente un taux d'accroissement de 8%. Plus de 103 000 examens avaient été réalisés en 2015.

Nombre d'examens par centre et par GAMMA CAMERA



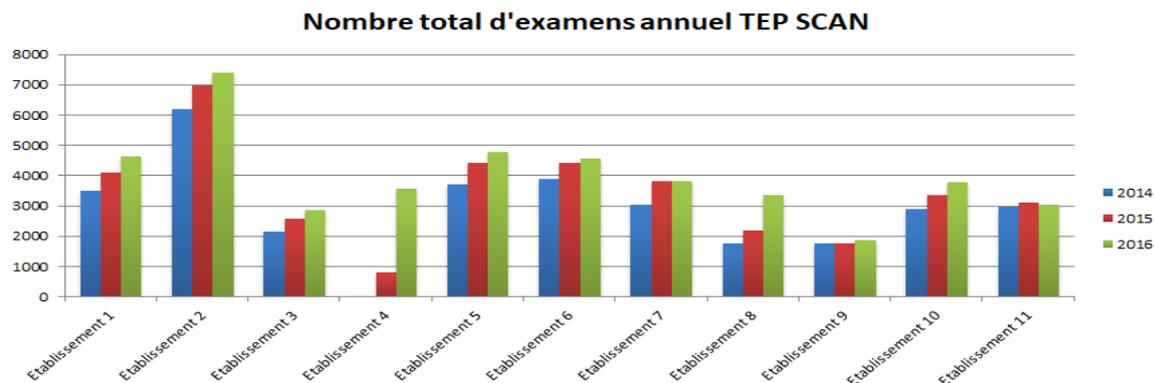
Répartition 2016 des GAMMA CAMERAS installées par département et par population



Les 97 219 examens et 1 199 actes thérapeutiques ont été réalisés sur 41 caméras, ce qui représente une moyenne de 2 370 examens par caméra.

TEP

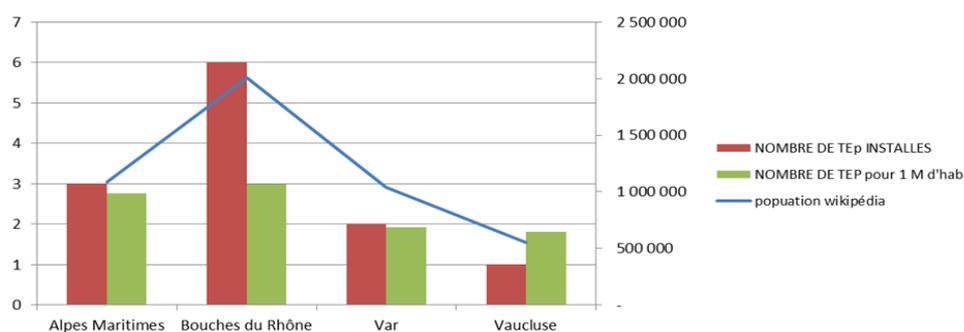
Les indications des examens TEP concernent à 90% la cancérologie et, dans une moindre part, la neurologie et les syndromes inflammatoires. Il existe des disparités par centre.



En constante augmentation depuis 2014, l'activité des TEP SCAN a vu son taux d'accroissement 2014-2016 atteindre 36%. Au total, pour la région PACA, 44 532 actes ont été réalisés sur ces équipements en 2016, soit une moyenne de 4 048 actes par TEP SCAN.

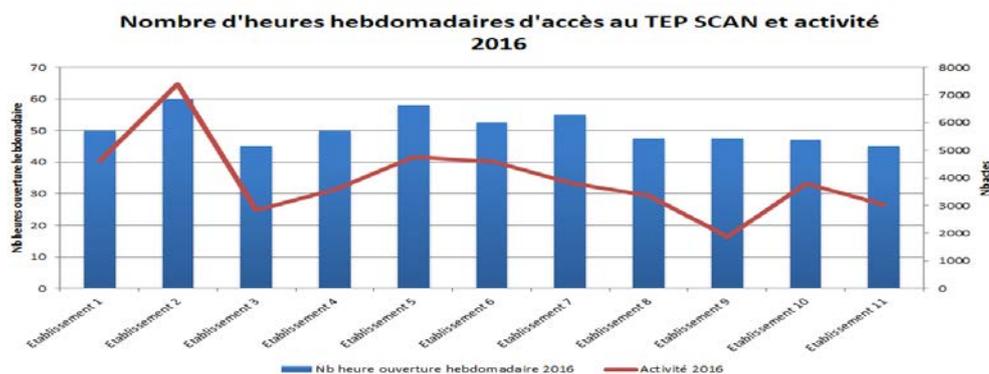
Les centres de médecine nucléaire qui n'ont pas d'autorisation de TEP participent à l'activité d'autres centres autorisés.

Répartition 2016 des TEP installées par département et par population



L'attractivité de cette activité est interdépartementale voire interrégionale et doit prendre en compte le recrutement des centres de références (CHU et CLCC) ce qui rend difficile une analyse par territoire.

Nombre d'examens et d'heures d'ouverture hebdomadaire par centre



En moyenne, les centres sont ouverts près de 50 heures par semaine avec un maximum de 60 heures hebdomadaires pour l'un d'entre eux. Ce nombre est limité en raison de l'absence d'approvisionnement en produits radio le samedi (idem le soir).

Démographie médicale

2017		2023				2027			
effectifs installés	paramètre d'attractivité	effectifs de moins de 65 ans en 2023	nombre de nouveaux MN formés en 2023	effectifs projetés en 2023	évolution en 2023 (base 100 en 2017)	effectifs de moins de 65 ans en 2027	nombre de nouveaux MN formés en 2027	effectifs projetés en 2023	évolution en 2027 (base 100 en 2017)
61	1,4	51	11	66	108	47	21	76	125

Les projections pour les 10 ans à venir laissent à penser que la médecine nucléaire n'est pas une spécialité fragile en termes de démographie médicale.

Objectifs stratégiques

La France se caractérise au sein des pays de l'OCDE, d'un côté, par une production importante d'actes d'imagerie en nombre, et de l'autre côté, par un nombre limité d'appareils d'imagerie (imagerie en coupe et médecine nucléaire)

La situation de la région PACA ne fait pas exception dans ce contexte national malgré un nombre d'appareils supérieur à la moyenne nationale.

Aussi, plusieurs enjeux stratégiques peuvent être identifiés :

- répondre à l'augmentation importante des besoins et des indications en imagerie, tout en anticipant les évolutions technologiques rapides et importantes dans ce domaine
- répondre prioritairement aux besoins en cancérologie prenant en compte les nouvelles indications,
- améliorer la réponse aux besoins, hors cancérologie, liés à l'évolution des traceurs,
- enfin, répondant aux enjeux précédents, favoriser les réorganisations sans augmenter le nombre d'implantations mais en privilégiant de nouveaux appareils afin de renforcer les plateaux techniques existants et de développer les coopérations.

Ces orientations nécessitent d'agir simultanément sur plusieurs leviers :

Objectif 1 : Améliorer l'accès aux TEP en augmentant le nombre et la répartition géographique

Objectif 2 : Améliorer la pertinence des actes ainsi que la qualité et la sécurité des soins

Objectif 3 : Améliorer l'efficacité : regroupements de plateaux techniques, coopérations entre établissements de santé ainsi qu'entre secteur hospitalier et secteur libéral

Objectif 1 : Améliorer l'accès aux TEP en augmentant le nombre et la répartition géographique

- Améliorer la réponse en cancérologie tout en prenant en compte les nouvelles indications hors oncologie,
- Améliorer le maillage territorial en s'appuyant préférentiellement sur des sites ayant une forte activité de cancérologie et participant au réseau de cancérologie,
- Prendre en compte l'impact de la complexité croissante des actes sur la durée des examens,
- Assurer l'égalité d'accès à ces techniques, pour les patients et les professionnels de santé des établissements publics et privés.

Objectif 2 : Améliorer la pertinence des actes ainsi que la qualité et la sécurité des soins

- Diffuser le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale élaboré par la Société Française de Radiologie et la Société Française de Biophysique et de Médecine Nucléaire.

- Favoriser une évolution des pratiques médicales garantissant leur conformité aux référentiels médicaux.
- Veiller à ce que les règles de radioprotection soient respectées (évaluation de la mise en œuvre de la réglementation et des bonnes pratiques professionnelles).

Objectif 3 : Améliorer l'efficacité : regroupements de plateaux techniques, coopérations entre établissements de santé ainsi qu'entre secteur hospitalier et secteur libéral

L'organisation des plateaux techniques d'équipements lourds doit avoir pour objectif prioritaire le regroupement des équipements d'imagerie au sein de plateaux multi techniques favorisant la complémentarité des techniques et des moyens humains.

Il convient de favoriser le regroupement imagerie -médecine nucléaire au sein de structures communes. Il apparaît en effet nécessaire de promouvoir la coopération des équipes de radiologie et de médecine nucléaire pour permettre au patient de bénéficier au mieux des performances des techniques d'imagerie anatomique et métabolique.

Par ailleurs, ce regroupement facilite l'intégration des spécialistes de l'imagerie dans des équipes multidisciplinaires associant l'ensemble des cliniciens concernés.

La collaboration entre radiologues, radiothérapeutes, médecins nucléaires, physiciens et informaticiens et ingénieurs biomédicaux doit être renforcée.

Ces principes conduisent à privilégier les nouvelles implantations dans des structures déjà pourvues d'équipements lourds et adossés à des secteurs d'hospitalisation.

Principes généraux pour déterminer les objectifs quantifiés

Pour les équipements et matériels lourds les objectifs quantifiés fixent, par territoire de santé, le nombre d'implantations disposant d'un équipement matériel lourd déterminé et le nombre d'appareils.

- Gamma caméras

Le besoin est couvert en région PACA. Tous les centres disposent d'au moins 2 gamma- caméras à l'exception du centre des Hautes Alpes qui dispose d'une dérogation géographique.

- TEP

La détention et l'utilisation des radio-nucléotides pour les activités de médecine nucléaire sont subordonnées à une autorisation préalable personnelle et non transférable à un médecin possédant les titres requis. Cette autorisation implique le respect des dispositions réglementaires en matière de radioprotection.

L'établissement siège du service de médecine nucléaire est soumis aux dispositions du code de l'environnement (installation classée pour la protection de l'environnement).

Pour être autorisés, les centres devront répondre aux préconisations suivantes :

- Disposer d'une autorisation de gamma caméras
- Présenter le projet dans le cadre d'un projet territorial ou inter territorial afin d'optimiser le fonctionnement des appareils existants et de favoriser le développement des coopérations entre les centres de médecine nucléaire, en prenant également en compte les centres de médecine nucléaire sans TEP,
- Etre adossé préférentiellement à des établissements ayant une forte activité de cancérologie.
- Etre capables de mobiliser des ressources humaines nécessaires,

Les nouvelles demandes d'autorisation devront comporter une évaluation médico économique garantissant une viabilité de l'activité.

Actuellement 11 TEP sont autorisés avec une moyenne de plus de 4000 examens par TEP. Les besoins exceptionnels de santé publique déterminés en 2017 permettront l'autorisation de 2 TEP supplémentaires portant à 13 le nombre de sites prévus à l'issue du SROS-PRS 1.

Afin d'anticiper sur l'évolution des techniques et l'extension des indications, les besoins supplémentaires sont estimés à 5 appareils portant à 18 le nombre d'appareils soit un taux d'équipements de 3.6 par million d'habitants. A titre indicatif le taux d'équipement en TEP par million d'habitants est de 4 en Europe et 7 aux USA.

3.4.13 Cardiologie interventionnelle

Les actes de cardiologie interventionnelle sont définis par opposition aux actes chirurgicaux. Néanmoins la frontière est de plus en plus floue dans la mesure où de nombreux actes dits interventionnels sont pratiqués en salle opératoire ou par des binômes cardiologue, chirurgien cardiaque.

La réglementation différencie les actes qui justifient ou non d'une autorisation.

- **Actes qui peuvent être réalisés sans autorisation**
 - Explorations électrophysiologiques à visée diagnostique
 - Stimulation cardiaque conventionnelle
 - Ablation de la jonction atrioventriculaire
 - Coronarographie, angiographie
 - Interventions vasculaires périphériques percutanées

- **Actes soumis à autorisation :**

Parmi ces actes, certains, réalisés par des cardiologues interventionnels, ne peuvent être pratiqués que sur un site qui dispose d'une autorisation de chirurgie cardiaque. D'autres actes ne nécessitent que l'autorisation spécifique de cardiologie interventionnelle.

- Actes nécessitant une autorisation conjointe de chirurgie cardiaque
 - ✓ Interventions Coronaires Percutanées
 - ✓ Interventions structurelles percutanées (ou trans apicales VG)
 - Valvulaires : TAVI, MitraClip
 - Autres : Occlusion de l'auricule gauche, d'un foramen perméable, d'une communication interventriculaire acquise, d'une fuite para prothétique.
- Actes soumis à autorisation en dehors d'un plateau de chirurgie cardiaque
 - ✓ Rythmologie Interventionnelle (activité de type 1)
 - Techniques ablatives y compris ablations de fibrillation auriculaire (FA)
 - Stimulation multisites
 - Défibrillation : pose de dispositifs de prévention de la mortalité cardiaque liée à des troubles du rythme ; procédures d'ablation endocavitaire
 - ✓ Angioplasties (Activité de type 3)
- Cardiologie interventionnelle pédiatrique et congénitale adulte (Activité de type 2)

Il convient de distinguer les techniques interventionnelles pédiatriques. Celles-ci rares nécessitant des spécialisations fortes sur le versant de la cardiologie congénitale (réalisées chez des enfants comme chez des adultes) ne peuvent être envisagées que dans le cadre de plateaux médico-chirurgicaux cardiaques pédiatriques.

Les indications de recours à la cardiologie interventionnelles sont en constante évolution. L'organisation nationale et régionale des pratiques doit de ce fait être régulièrement remise en question. Elle doit parallèlement tenir compte des évolutions de l'offre de soins et de la demande.

La cardiologie interventionnelle peut être une alternative à la chirurgie cardiaque ou la compléter. **L'identification de centres de référence dédiés à la prise en charge de situations complexes est une priorité.**

Constats

L'offre de soins

La région PACA présente des particularités qui doivent être prises en considération.

- Des centres équipés de plateaux techniques appropriés nombreux. Présents sur tous les territoires PACA excepté la région alpine, ils répondent à l'ensemble des besoins actuels.
- 4 centres médico-chirurgicaux autorisés à la réalisation d'interventions structurales non congénitales
- 16 centres réalisent des activités de cardiologie interventionnelles coronariennes et rythmologiques
- 1 centre d'électrophysiologie interventionnelle exclusive
- 5 centres de cardiologie interventionnelle coronaire exclusive

On note par ailleurs, 1 centre médico-chirurgical de cardiologie pédiatrique et congénitale adulte

L'activité

La région se caractérise par un taux de recours à la cardiologie interventionnelle standardisé sur l'âge supérieur au taux national et une activité qui continue à croître. Chacun de ces centres développe une activité importante les mettant en conformité avec les seuils réglementaires.

- Rythmologie interventionnelle (Activité de type 1)
 - ✓ Taux de recours supérieur à la moyenne nationale après standardisation. Augmentation en cinq ans de 60% du nombre d'actes d'ablation
 - ✓ L'augmentation touche en particulier le nombre d'ablations de fibrillation auriculaire (FA) (>130%). Néanmoins, quelques centres développent une activité faible d'ablation de FA (inférieure à 50 actes annuels retenus par les recommandations de bonnes pratiques de la société française de cardiologie (SFC))
- Cardiologie Interventionnelle Coronaire et Structurale (Activité de type 3)
 - ✓ Taux de recours aux angioplasties supérieur au taux national mais stable depuis 2011.
 - ✓ Par contre, le taux de recours au pontage aorto-coronaire reste inférieur à la moyenne nationale.
 - ✓ Augmentation régulière des actes de Cardiologie Interventionnelle Structurale. Elle est pratiquée dans 4 centres médico chirurgicaux autorisés. Les délais de prise en charge s'allongent.
- Cardiologie interventionnelle pédiatrique et congénitale adulte (Activité de type 2)
 - ✓ Augmentation de 40% depuis 2011.
 - ✓ Augmentation en particulier du nombre d'interventions réalisées chez l'adulte. Cette activité ne peut être réalisée que par les cardiologues interventionnels pédiatriques.

Enjeux

- **Les enjeux des activités de cardiologie interventionnelle réalisée dans les centres médico-chirurgicaux.**
- Adapter l'offre au développement de la cardiologie interventionnelle structurelle

Même si le remplacement valvulaire aortique chirurgical reste la référence, la chirurgie du rétrécissement aortique calcifié (RAC) et du remplacement valvulaire mitral va être bouleversée dans les 10 ans à venir. Avec l'amélioration des résultats du TAVI, ses indications vont s'élargir vers des patients à risque plus faible et moins âgés. Parallèlement, les indications de la fermeture de l'appendice auriculaire pour troubles du rythme non contrôlés, vont s'élargir dans la stratégie thérapeutique. Ainsi les volumes des actes chirurgicaux devraient diminuer parallèlement à une augmentation de l'activité interventionnelle réalisée dans les mêmes blocs. L'importance de l'activité globale anesthésique dans ces centres va s'en trouver globalement croissante.

- Evaluer et réguler l'activité de cardiologie interventionnelle structurelle
 - ✓ Les indications sont aujourd'hui rapidement évolutives. Actuellement réservée aux patients à très haut risque chirurgical, cette activité tend à être proposée à des sujets à moindre risque.
 - ✓ L'importance de l'imagerie rend indispensable la présence sur site d'une salle hybride. L'organisation des plateaux technique est donc à reconsidérer compte tenu de l'augmentation régulière du nombre de ces interventions
 - ✓ La simplification de certaines procédures devient aujourd'hui un enjeu. Celles-ci pourraient être réalisées sous anesthésie locorégionale permettant alors une sortie plus précoce du patient et libérant des lits d'hospitalisation en particulier monitorés.
 - ✓ Si la sélection des patients par un « heart team » reste imposée, la réalisation de l'acte peut être de plus en plus souvent réalisée par un binôme de cardiologues sans chirurgien cardiaque .C'est déjà le cas pour le MitraClip ou l'occlusion de l'Auricule gauche et pourrait l'être pour le TAVI.

L'évaluation des pratiques devra suivre le modèle fourni par celle de la cardiologie interventionnelle coronaire afin de suivre l'impact de ces évolutions technologiques

- Les techniques interventionnelles percutanées doivent être réalisées dans des centres médico-chirurgicaux et exécutées par une équipe multidisciplinaire au sein d'un «Heart team».
- **Les enjeux des activités de cardiologie interventionnelle réalisée dans les centres hors plateau technique de chirurgie cardiaque.**
- L'extension des indications d'ablations et notamment d'ablations de fibrillation auriculaire en électrophysiologie interventionnelle

Ces actes ne sont jamais réalisés dans l'urgence Leur réalisation nécessite des praticiens bien formés, d'une grande technicité et réalisant un nombre d'actes importants (notamment pour la FA) au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

En Europe, on estime que d'ici 2030, 14 à 17 millions de patients auront été traités pour une FA, 120 000 à 215 000 nouveaux patients chaque année. Près de 3% le nombre d'adultes de plus de 20 ans bénéficieront de cette intervention

Il est nécessaire :

- ✓ d'évaluer les besoins en région PACA
- ✓ de déterminer le nombre de centres et opérateurs nécessaires
- ✓ de définir les contraintes de qualité auxquelles les centres retenus devront se soumettre
- ✓ d'établir une méthode de suivi de la pertinence et de la qualité des actes réalisés

Actuellement, le taux de recours à ces techniques dans notre région est plus important qu'au niveau national et les délais d'attente dans les territoires sont acceptables. Ceci conduit à concentrer l'activité sur des plateaux techniques lourds avec des gros volumes d'activité.

- Les indications des angioplasties coronaires.

Le taux de recours aux angioplasties est supérieur à la moyenne nationale et le taux de recours à la chirurgie coronaire est inférieur au taux de recours national. Ces constats imposent une évaluation :

- ✓ De la pertinence des actes interventionnels
- ✓ De la disponibilité des services de chirurgie cardiaque
- L'intérêt de la réalisation en ambulatoire des actes de cardiologie interventionnelle doit être évalué
 - ✓ Elle pourrait réduire le coût des interventions
 - ✓ Elle est envisageable chez les patients stables lorsque l'intervention envisagée est qualifiée de techniquement simple.
 - ✓ Elle impose de pouvoir convertir l'hospitalisation en cas de complication et d'organiser la prise en charge péri opératoire

- **Les enjeux des activités de cardiologie interventionnelle congénitale**

En France, on estime que la population de patients ayant une cardiopathie congénitale est de plus de 300 000 individus avec autant d'enfants que d'adultes. Il est donc nécessaire de structurer la filière de prise en charge des malformations congénitales qui ne cesse d'augmenter.

Cette filière à la responsabilité de la prise en charge des patients porteurs de cardiopathies congénitales, qu'ils soient enfants ou devenus adultes. Les améliorations de l'espérance de vie de ces patients conduisent à une augmentation régulière du nombre de patients suivis par cette filière, notamment de patients devenus adultes

L'organisation de la cardiologie interventionnelle pédiatrique ne peut être dissociée de l'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique et de la prise en charge des cardiopathies congénitales acquises. Les progrès des techniques d'imagerie interventionnelle en cardiologie rendent nécessaires une liaison forte entre cardiologues interventionnels pédiatriques et chirurgiens cardiaques pédiatriques. Ces professionnels ont la charge de la prise en charge au long cours des patients porteurs de cardiopathies congénitales. La rationalité des organisations, la gradation des soins comme les évolutions démographiques de ces professionnels doivent être au cœur des préoccupations dans les années à venir.

Les centres prenant en charge médico-chirurgicalement ces patients doivent rester concentrés. Mais il convient, autour d'eux, d'organiser un suivi au long cours de ces patients dans l'environnement de leur lieu de vie par des équipes moins spécialisées mais en lien permanent avec les équipes médico-chirurgicales de référence. Cette organisation permettra d'alléger la charge des équipes de référence à l'heure où l'évolution de la démographie de ces spécialités rares va croiser l'augmentation importante du nombre des patients porteurs de cardiopathies congénitales. Cette liaison s'appuiera notamment sur les moyens modernes de communication.

Les objectifs opérationnels

Objectif 1 : Améliorer la pertinence des actes

Objectif 2 : Développer la prise en charge ambulatoire pour les actes simples d'angioplasties et d'électrophysiologie

Objectif 3 : Evaluer les pratiques d'ablations et notamment d'ablations de fibrillation auriculaire en électrophysiologie interventionnelle

Objectif 4 : Adapter l'organisation des blocs des centres médico-chirurgicaux aux évolutions rapides de la chirurgie cardiaque et des techniques interventionnelles

Objectif 5 : Mettre en place un «réseau» de prise en charge des cardiopathies congénitales (CC)

Objectif 1 : Améliorer la pertinence des actes

Les évolutions rapides des indications mais aussi les taux de recours élevés dans notre région rendent difficiles la mesure des besoins et l'interprétation des volumes d'activité constatés. Il est donc important de conduire, en parallèle à ces constats, une démarche généralisée d'analyse de la pertinence, seule à même de garantir une réponse suffisante et adaptée aux besoins de la population régionale.

- Le suivi du registre régional des actes d'angioplasties et de coronarographie doit constituer une priorité, compte-tenu des interrogations qualitatives posées par le taux de recours régional. S'agissant de qualités des pratiques, c'est tout particulièrement son comité scientifique qui doit en avoir la responsabilité technique.
- Les actes de coronarographie sont parfois prescrits par des urgentistes ou des cardiologues médicaux ; l'impact important de cette première prescription sur les modalités ultérieures de la prise en charge justifie qu'une politique d'information sur les bonnes pratiques soit conduite auprès de ces professionnels
- Afin de stimuler des stratégies médicales partagées, il faut favoriser les revues de pertinence au sein des établissements
- De même, et pour les mêmes motifs, il convient d'insister sur l'importance, pour les cas complexes, des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) médico-chirurgicales. Ceci passe par le développement d'outils de télémédecine sécurisés partagés entre les centres non chirurgicaux et les autres centres.
- La pertinence des actes d'électrophysiologie doit être analysée au regard des recommandations des sociétés savantes
- La pratique isolée de la coronarographie ne se justifie pas en dehors d'un centre autorisé pour l'angioplastie coronaire.
- Pour la pose des stimulateurs simple et double chambres les recommandations des sociétés savantes doivent être respectées.
- Les cardiologues qui contrôlent périodiquement ces stimulateurs doivent être aguerris à la pose de ces derniers.

La société française de cardiologie a émis des recommandations sur les implantations de stimulateurs. Il est important que ces recommandations soient respectées. Il est notamment stipulé que tous les médecins pratiquant des implantations de stimulateurs et que tous ceux impliqués dans le suivi des patients porteurs de stimulateurs cardiaques suivent une formation continue régulière.

Si la pratique de cette activité n'est pas soumise à autorisation, il reste essentiel que les recommandations de la SFC en termes d'activité, d'équipement, d'organisation, d'évaluation soit satisfaites dans une région largement dotée comme la nôtre. Elle doit aussi satisfaire aux critères de remboursement des dispositifs de la Liste des Produits et Prestations (LPP).

Objectif 2 : Développer la prise en charge ambulatoire pour les actes simples d'angioplasties et d'électrophysiologie

Ce développement nécessitera des adaptations du tissu d'aval (télésurveillance, formation spécifiques des paramédicaux) avec une organisation spécifique qui nécessite des gros volumes d'activité ce qui justifie du regroupement de ces activités sur les plateaux techniques importants.

Objectif 3 : Evaluer les pratiques d'ablations et notamment d'ablations de fibrillation auriculaire en électrophysiologie interventionnelle

Dans le contexte d'extension des indications de ces actes qui ne sont jamais réalisés en urgence, une harmonisation et une amélioration des pratiques restent les priorités. L'évaluation des pratiques sera une nécessité absolue dont l'enjeu est la qualité et la sécurité optimales des soins délivrés aux patients. Aujourd'hui, il est prématuré, dans ce contexte, d'envisager des créations de nouveaux sites.

Par contre, les centres existants peuvent s'ouvrir afin de permettre à des cardiologues qui travaillent sur des centres non autorisés, de réaliser ces actes soumis à autorisation. Au terme de l'évaluation, et en fonction de ses résultats quantitatif et qualitatif, l'hypothèse d'une nouvelle augmentation du nombre de sites autorisés pourra être étudiée.

- **Pour les activités de cardiologie interventionnelle réalisée dans les centres médico-chirurgicaux.**

Objectif 4 : Adapter l'organisation des blocs aux évolutions rapides de la chirurgie cardiaque et des techniques interventionnelles.

Compte tenu de l'évolution rapide et respective de l'activité de chirurgie cardiaque et des techniques interventionnelles réalisées au sein des mêmes blocs opératoires, l'organisation de ces blocs doit être adaptée à ces évolutions. Le temps de disponibilité des anesthésistes pourrait être considérablement modifié. Il sera donc également nécessaire d'intégrer cette conséquence dans l'organisation des équipes anesthésiques en charge de ces activités.

Le nombre de centres médicochirurgicaux de la région ne devrait pas évoluer, mais pour permettre une utilisation optimale ces plateaux, doivent être ouverts aux opérateurs extérieurs aux centres.

- **Pour les activités de cardiologie interventionnelles congénitales et pédiatriques.**

Objectif 5 : Mettre en place un «réseau» de prise en charge des cardiopathies congénitales

La prise en charge de tous les patients qui nécessitent un acte thérapeutique majeur quel que soit leur âge, doit se faire dans une structure qui regroupe les compétences spécialisées nécessaires en anesthésie-réanimation, en cardiologie interventionnelle et en chirurgie pédiatriques. Cette activité de recours, très spécialisée, doit être réalisée dans des centres permettant une prise en charge concertée, optimale et continue au cours du temps (24heures sur 24 et 7 jours sur 7).

Des liens étroits entre ces équipes et les divers professionnels de santé qui interviennent auprès des patients sont indispensables tout au long du le parcours du patient :

- Néonatalogistes et obstétriciens pour la période néonatale et, pour ces derniers, pour le suivi pendant la grossesse des femmes porteuses de cardiopathies congénitales
- Pédiatres généralistes et sur-spécialités pour les enfants
- Médecins généralistes et les divers spécialistes pour les adultes

Résultats attendus

- Amélioration de la pertinence des actes
- Augmentation de la part de l'HDJ dans les prises en charge en cardiologie interventionnelles

3.4.14 Biologie médicale

La biologie médicale est devenue un élément central du parcours de soins des patients. Elle contribue actuellement à environ 60-70% des diagnostics réalisés.

Cette thématique concerne l'ensemble des laboratoires de biologie médicale, quel que soit leur statut juridique (privé ou public) pratiquant des examens de biologie médicale destinés aux patients hospitalisés ainsi qu'aux patients ambulatoires dans le cadre de l'offre de soins de premier recours.

Le schéma régional de santé définit l'offre d'examens de biologie médicale en fonction des besoins de la population (L.1434-3 CSP) et détermine des prévisions d'évolution de ces besoins (L.1434-2 du CSP).

L'offre de biologie médicale

La situation de la région Provence Alpes Côte d'azur en 2017 fait état de :

- 30 établissements de santé disposant de leur propre laboratoire de biologie médicale

Dans le secteur hospitalier la restructuration est moins prononcée que dans le secteur privé.

Les principales réorganisations opérées sont les suivantes :

- Entre le CH d'Aix-en-Provence et le CH de Digne, création d'un laboratoire commun multisite en juillet 2017,
 - Dans les Bouches-du-Rhône, un GCS exploitant un laboratoire inter hospitalier (CH Aubagne – CH La Ciotat) a été créé en 2012,
 - Dans le Vaucluse la biologie est organisée autour d'un GCS exploitant un laboratoire inter hospitalier à Orange (2014) et d'un GCS de biologie médicale entre le CH d'Avignon et le CHI de Cavaillon-Lauris (2017).
- 44 laboratoires de biologie médicale privés multisites, dont le siège est en PACA, constitués de sites pré et post analytiques et d'un ou plusieurs plateaux techniques où sont localisés les automates.

La répartition des sites de LBM privés est satisfaisante sur les départements du Var, du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône. Les communes, les moins bien desservies sont principalement localisées dans les zones les moins peuplées des Alpes Maritimes, des Alpes de Haute Provence et des Hautes Alpes.

- 11 sites de l'Etablissement Français du Sang Alpes Méditerranée.

L'Etablissement Français du Sang Alpes Méditerranée compte un laboratoire de biologie médicale constitué de 11 sites en PACA réalisant des examens particuliers :

- d'immunohématologie érythrocytaire (contexte transfusionnel, suivi de grossesse,...),
- d'immunogénétique,
- d'histocompatibilité et d'immunologie HLA (Human Leucocytes Antigen).
- de cytogénétique et de génétique moléculaire.

Le maillage territorial des laboratoires de l'EFS (Gap, Cannes, Saint Laurent du Var, Aix-en-Provence, Arles, Marseille Baille, Marseille Timone, Marseille IPC, Marseille Nord, Toulon, Avignon) est lié à l'implantation des sites de délivrance de produits sanguins labiles (PSL) de manière à affirmer un lien fort entre immunohématologie et délivrance de ces produits.

Dans tous les départements de PACA la densité en nombre de sites de laboratoire de biologie médicale est égale ou supérieure à la moyenne nationale. Cette densité est doublée dans le département des bouches du Rhône.

L'offre de biologie médicale a connu une profonde restructuration et une concentration depuis une réforme initiée en 2010³⁰.

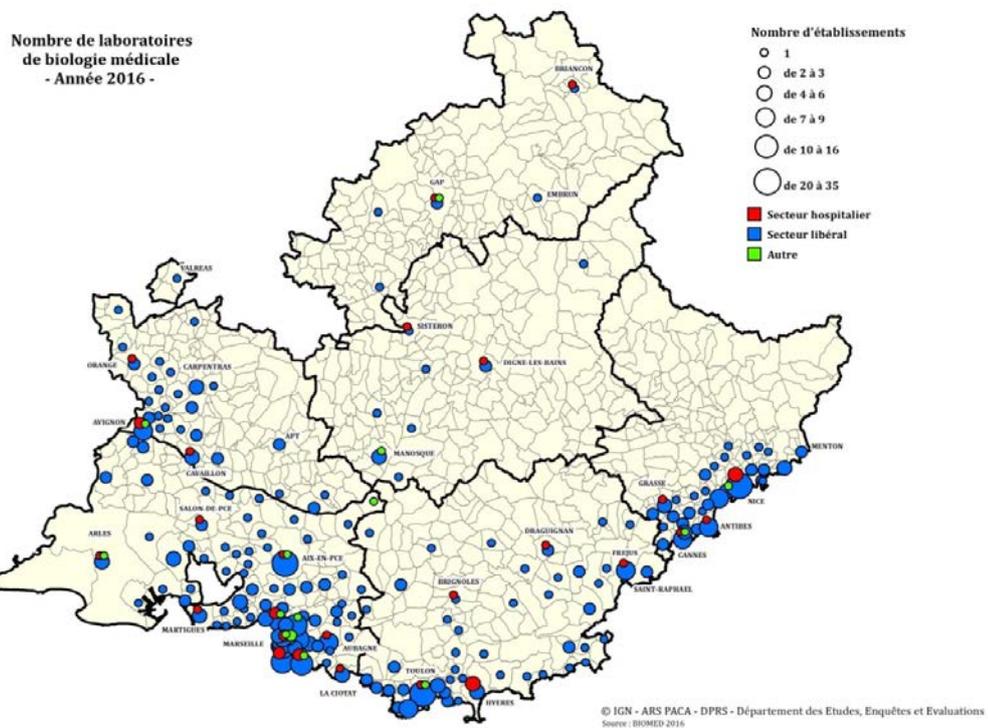
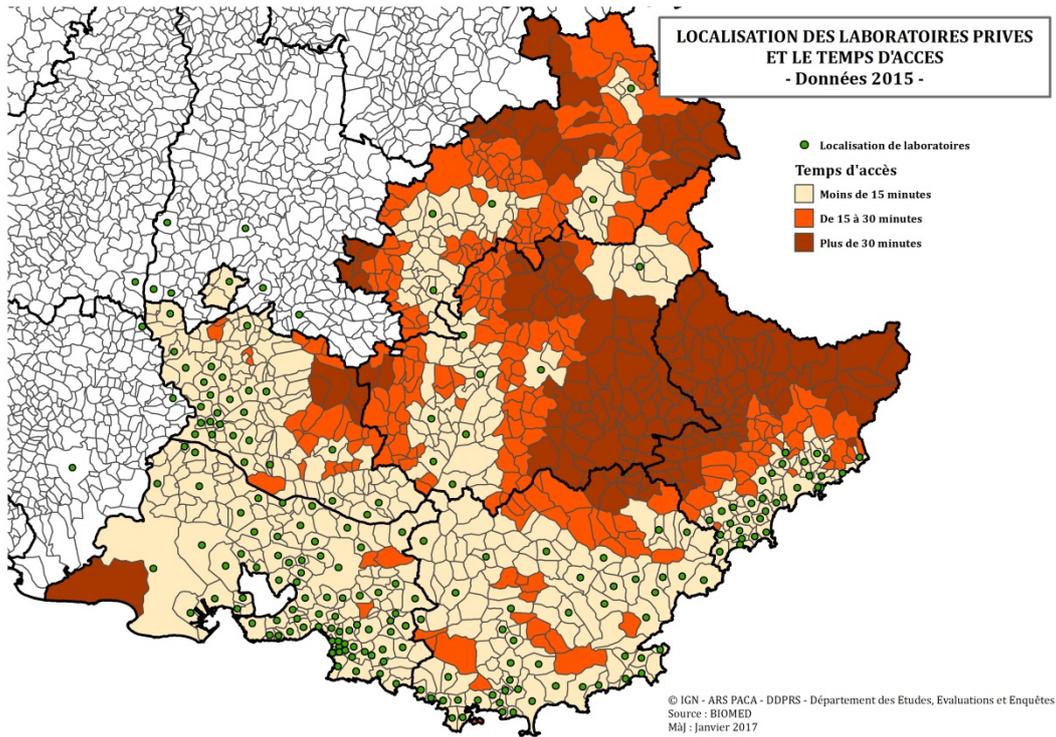
	Nombre de sites de laboratoires	Population **	Nombre de sites pour 100 000 habitants
Alpes de Haute Provence	15	161 588	9,3
Hautes Alpes	10	139 883	7,1
Alpes Maritimes	126	1 083 312	11,6
Bouches du Rhône	286	2 006 069	14,3
Var	114	1 038 212	11,0
Vaucluse	52	554 374	9,4
PACA	604	4 989 643	12,1
France entière	4698	65907160	7,1

*Source : Biomed 2016 tous sites confondus

**Source : INSEE décembre 2016

³⁰ Cette réforme a été initiée par l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale et ratifiée par la loi n°2013-442 du 30 mai 2013

Cartographie de l'offre de biologie médicale en fonction du temps d'accès à un site de laboratoire de biologie médicale.



Les besoins de la population

Les besoins de la population sont liés au lieu de prélèvement des examens, ou plus exactement des échantillons biologiques. Cela repose sur la possibilité pour les patients d'accéder à un site de laboratoire d'analyse de biologie, ce qui reflète l'activité desdits laboratoires, exprimées en nombre d'examens prélevés.

Les besoins de la population sont par conséquent définis en nombre total d'examens réalisés à partir de prélèvements effectués sur le même territoire de santé - que l'examen soit réalisé par le laboratoire ou transmis à un autre laboratoire de biologie médicale (Article D6211-16 du CSP). Les données d'activité des laboratoires cumulent à la fois le secteur public et le secteur privé.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre d'examens prélevés par habitant et territoires de santé. C'est sur ces données que l'ARS se base pour juger de l'application de l'article L.6222-2 du CSP permettant de s'opposer à l'ouverture de nouveaux sites de laboratoires.

Territoire	Nombre d'examens prélevés en 2013	Nombre d'examens prélevés en 2015	Nombre d'examens prélevés en 2016	Nombre examens prélevés par habitant 2013	Nombre examens prélevés par habitant 2015	Nombre examens prélevés par habitant 2016	Besoins de la population définis par le SRS	Seuil d'intervention de l'ARS (besoins + 25%)
Alpes de Haute Provence	3 019 924	3 025 145	3 119 556	18,7	18,7	19,3	19	24
Hautes Alpes	2 598 117	2 348 174	3 041 429	18,7	16,7	21,7	22	28
Alpes Maritimes	22 817 084	23 728 003	24 408 819	21,1	21,9	22,5	23	29
Bouches du Rhône	52 902 575	56 644 745	54 452 264	26,5	28,1	27,1	27	34
Var	20 105 859	20 342 570	20 738 809	19,5	19,4	20,0	20	25
Vaucluse	9 663 862	10 132 545	11 098 728	17,6	18,2	20,0	20	25

Les besoins de la population sont constants entre 2013 et 2016 et couverts par la répartition actuelle des sites de laboratoires. Il a été défini que le nombre d'examens prélevés par habitant et par an en 2016 correspond aux besoins de la population.

L'offre de biologie médicale actuellement en place doit être maintenue au minimum à ce niveau.

Enjeux

La région PACA se caractérise par les problématiques suivantes :

- Concentration des laboratoires de biologie médicale privés avec risque de financiarisation excessive.
- Densité élevée en sites de laboratoires privés engendrant une pénurie de biologistes médicaux.
- Difficulté d'application de la réglementation exigeant l'identification à tout moment d'un biologiste médical assumant la responsabilité du site du LBM.

- Sous-traitance des examens de biologie spécialisée hors région (Biomnis, Cerba) malgré l'existence de plateaux spécialisés en PACA.
- Manque de compétitivité des laboratoires publics dans la logistique des prélèvements et la transmission des résultats liée à l'absence d'interopérabilité des systèmes d'information.
- Transmission sous format papier des comptes rendus d'examen de biologie médicale entre LBM et prescripteurs (ville et établissements de santé).

Dans ce contexte, les enjeux seront de :

- Maintenir le maillage territorial des laboratoires de proximité et l'accès aux laboratoires de biologie médicale spécialisés.
- Garantir une prise en charge graduée du patient grâce à la coordination des acteurs de santé.
- Encourager la juste prescription des examens de biologie médicale afin d'éviter l'exécution d'examens inutiles.
- Permettre le partage du compte rendu d'examens via le dossier patient informatisé afin d'éviter l'exécution d'examens redondants.

Ces enjeux nécessitent le développement d'applications informatiques permettant la transmission et le partage des informations de manière fiable et sécurisée.

Le développement de la prescription connectée facilitant le dialogue entre clinicien, préleveur et biologiste ainsi que l'intégration des résultats du compte rendu d'examen de biologie médicale dans le logiciel métier du prescripteur sont indispensables.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Veiller au maintien de l'adéquation entre l'offre de biologie médicale et les besoins de la population

Objectif 2 : Délimiter les zones donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité et prévoir la possibilité de dérogation sous certaines conditions

Objectif 3 : Définir des conditions de stockage éventuel pour les prélèvements effectués en dehors du LBM ou de l'établissement de santé

Objectif 4 : Renforcer les coopérations en biologie hospitalière

Objectif 5 : Optimiser la transmission des comptes rendus d'examens de biologie médicale

Objectif 1 : Veiller au maintien de l'adéquation entre l'offre de biologie médicale et les besoins de la population

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur la zone déterminée en application du b du 2° de l'article L.1434-9 considérée, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population.

Résultats attendus :

- Optimiser l'offre de biologie médicale
- Réduire la consommation d'examens de biologie médicale en PACA qui pourrait s'expliquer par une offre en nombre de sites supérieure à la moyenne nationale
- Réduire le nombre de sites permettant d'augmenter le nombre de biologistes médicaux par site et de limiter un risque de pénurie

- Renforcer le rôle de conseil du biologiste médical pour une meilleure prise en charge du patient.

Objectif 2 : Délimiter les zones donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité et prévoir la possibilité de dérogation sous certaines conditions.

L'agence régionale de santé délimite les zones donnant lieu à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité définies aux articles L.6211-16, L.6212-3, L.6212-6, L.6222-3, L.6222-5 et L.6223-4 du CSP.

En PACA, c'est le département qui est retenu comme zone d'application des règles de territorialité.

Les conditions de dérogation à la règle de territorialité d'implantation des sites d'un LBM sont prévues dans le schéma régional de santé.

Les sites d'un LBM sont implantés au maximum sur trois territoires de santé limitrophes (L.6222-5 CSP) sauf dérogation prévue à l'article R.6222-4 du CSP.

La dérogation à la territorialité des sites d'un laboratoire de biologie médicale est accordée par le directeur général de l'ARS PACA dans les conditions suivantes :

- l'offre de biologie médicale ne permet pas de répondre aux besoins de la population dans un territoire de santé,
- il n'existe pas d'autre site de laboratoire de biologie médicale situé dans un périmètre de 30 minutes,
- le LBM est déjà implanté sur trois territoires de santé et acquière un site déjà existant sur un territoire de santé limitrophe.

La dérogation est accordée pour un seul site et un seul territoire de santé.

Résultats attendus :

- Eviter le risque de fermeture du seul et unique site de laboratoire dans une zone géographique

Objectif 3 : Définir des conditions de stockage éventuel pour les prélèvements effectués en dehors du LBM ou de l'établissement de santé

Le prélèvement est réalisé sur une des zones d'implantation du LBM (L.6211-16 CSP) mais avec des dérogations pour les HIA, les centres d'examen de santé, les prélèvements à domicile (selon l'état du patient) sur un territoire de santé limitrophe (R.6211-12).

Dans le cas où un entreposage s'avère nécessaire, le laboratoire s'assure que les conditions de stockage des échantillons sont adaptées et que le délai global de transport reste approprié (COFRAC SH REF 02).

Résultats attendus :

- Maintenir des conditions pré-analytiques satisfaisantes
- Réduire le temps d'acheminement des prélèvements vers le plateau technique et par conséquent le délai de rendu des résultats des examens de biologie médicale
- Diminuer le temps passé par les préleveurs dans les trajets

Objectif 4 : Renforcer les coopérations en biologie hospitalière

La mise en place des GHT ainsi que l'obligation faite aux établissements partis au groupement hospitalier de territoire d'organiser en commun les activités de biologie médicale instituée par l'article L.6132-3 du code de la santé publique constitue un levier pour renforcer et accélérer les processus de coopération en biologie hospitalière.

Cette orientation nécessite l'amélioration de la logistique des prélèvements et de l'interopérabilité des systèmes d'information entre laboratoires publics.

Résultats attendus :

- Augmenter le recours aux plateaux techniques spécialisés dans la région.
- Mutualiser les équipements entre laboratoires publics et améliorer leur rentabilité.

Objectif 5 : Optimiser la transmission des comptes rendus d'examens de biologie médicale

La mauvaise coordination a un coût avec des bilans biologiques inutiles ou redondants.

L'article R.6211-4 du CSP précise que « le compte rendu structuré est produit, conservé et échangé par voie électronique conformément aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité (ASIP)...L'échange se fait en utilisant une messagerie électronique sécurisée de santé ».

Résultats attendus :

- Permettre aux professionnels de santé qui prennent en charge un patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins, notamment chez les patients atteints de maladies chroniques.
- Intégrer les résultats d'examens de biologie médicale dans le dossier médical personnel.
- Partager les résultats d'examens de biologie médicale dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle.

3.4.15 Urgences

Les enjeux de la prise en charge des urgences et l'augmentation constante de cette activité nécessitent des adaptations pour répondre à l'objectif d'une accessibilité et d'une lisibilité de l'accès aux soins urgents pour tous, tout en maintenant une garantie de qualité de prise en charge.

Par ailleurs, l'afflux de patients, sans cesse croissant, dans les services d'urgence, entraîne régulièrement des situations de tension hospitalière accentuées par l'évolution défavorable de la démographie médicale des urgentistes et par les nouvelles dispositions du décompte du temps de travail dans les structures d'urgence.

Contexte

Structures d'urgence, SAMU et SMUR autorisés

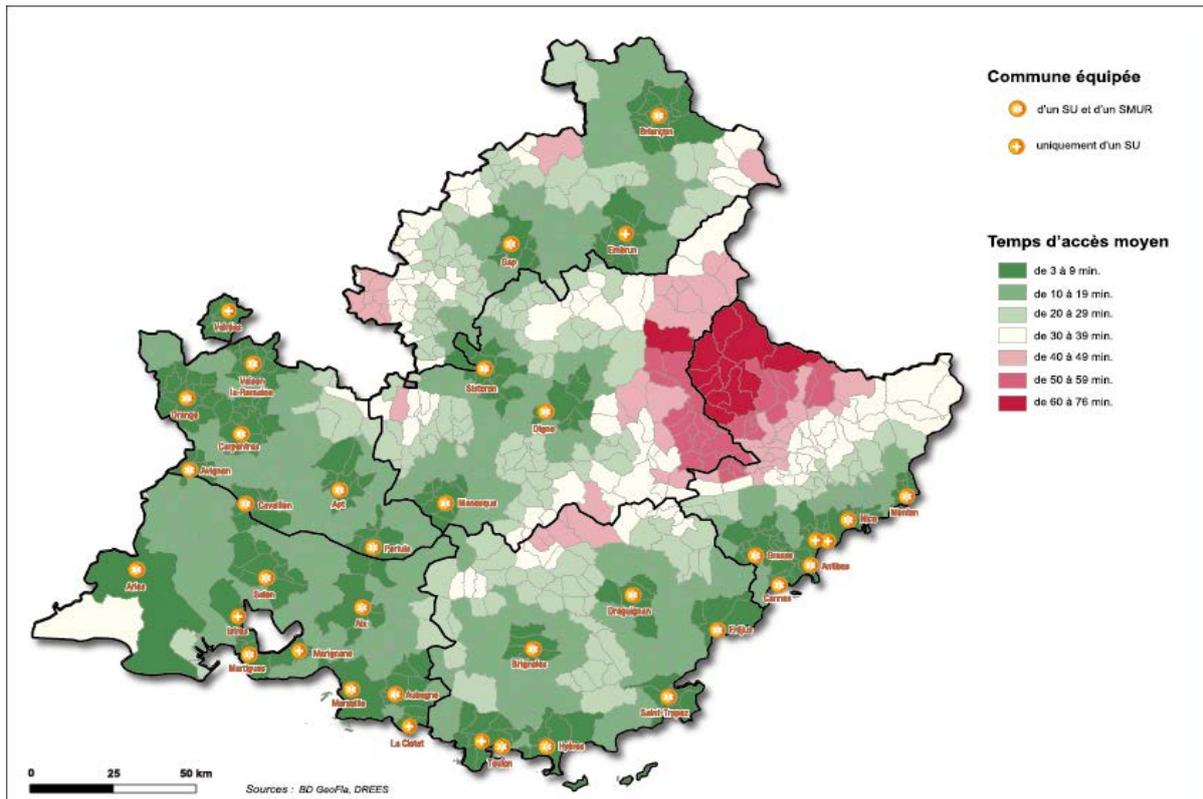
Les ressources médicales d'urgentistes en PACA sont aujourd'hui dispersées sur 55 structures d'urgence autorisées dont 7 pédiatriques, 6 SAMU et 25 SMUR plus 4 antennes sur 38 implantations et 2 SMUR pédiatriques.

A noter que la stratégie en termes de répartition des autorisations a un impact sur la gestion des ressources médicales.

Territoires de santé	Services d'urgence	Services d'urgence pédiatrique
Alpes de Hautes Provence	3	0
Hautes Alpes	3	0
Alpes Maritimes	9	1
Bouches du Rhône	18	4
Var	9	1
Vaucluse	8	1
PACA	48	7

Territoires de santé	SMUR	Antenne de SMUR	SMUR pédiatrique
Alpes de Hautes Provence	3		
Hautes Alpes	2		
Alpes Maritimes	4	1	1
Bouches du Rhône	6		1
Var	6	1 (2 mois)	
Vaucluse	4	2	
PACA	25	4	2

Accès aux structures d'urgences



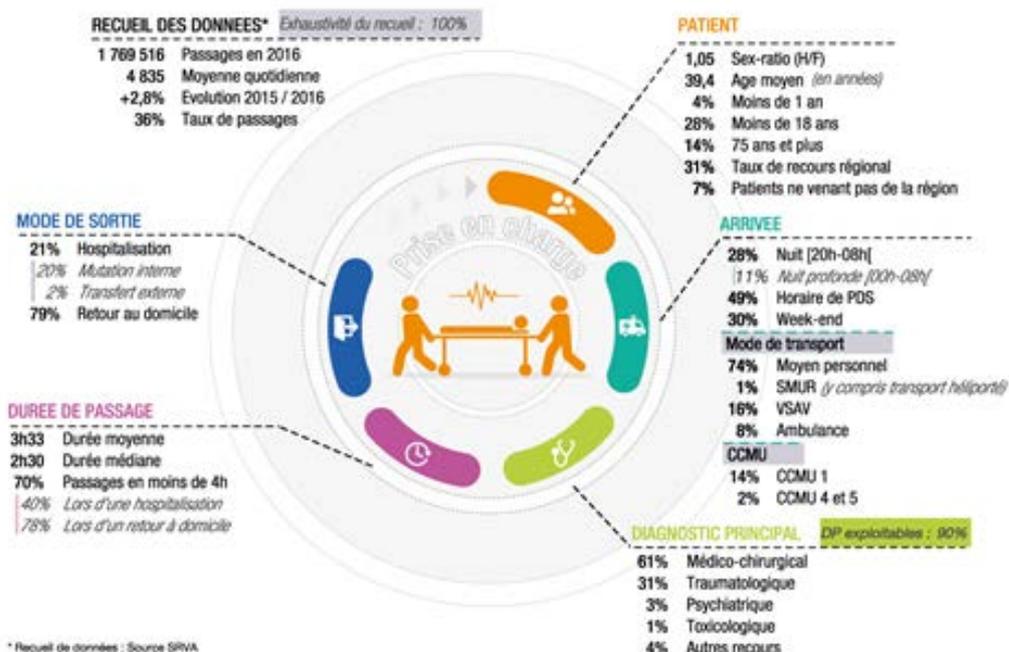
85.64% de la population régionale a accès à une structure d'urgence en moins de 15 minutes. Néanmoins les disparités territoriales sont fortes et des écarts conséquents sont constatés entre les communes du littoral et les communes de zone montagneuse : toutes les communes en bord de mer, à l'exception de la Camargue, sont à moins de 20 minutes d'une structure d'urgence, tandis qu'un nombre non négligeable des communes des Alpes sont éloignées de plus de 40' voire de plus d'une heure pour 6 600 habitants.

98.45% de la population régionale est à moins de 30 minutes d'accès à un service d'urgence ou à un SMUR.

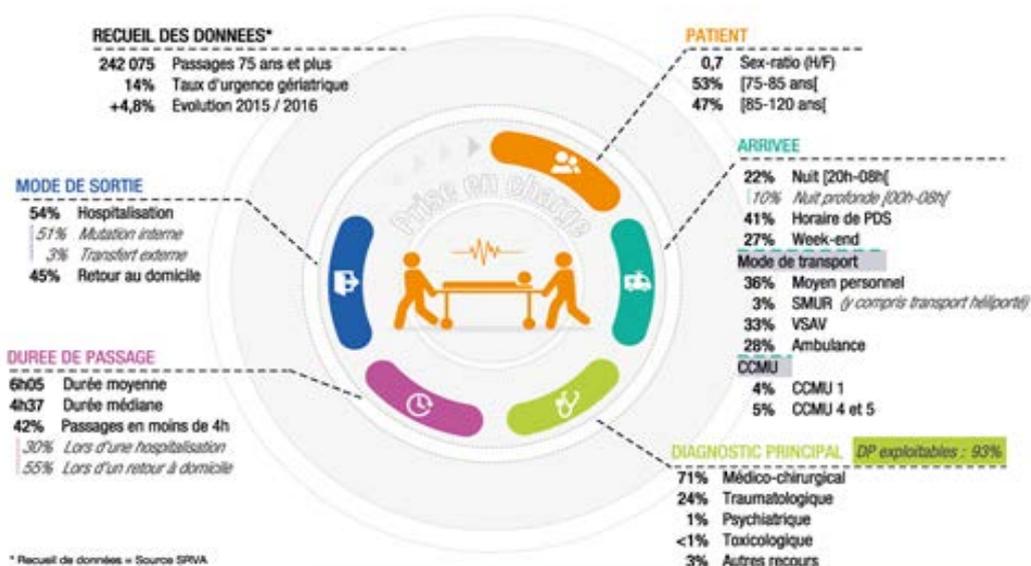
Données d'activité «Panorama des urgences 2016»³¹

Sur les 1 769 516 passages en 2016, la durée moyenne de passage est de 3h33. Le taux moyen d'hospitalisation après passage aux urgences est de 21%.

CHIFFRES-CLÉS DE L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE



CHIFFRES-CLÉS DE L'ACTIVITÉ GÉRIATRIQUE DES SERVICES D'URGENCE (75 ANS ET PLUS)



³¹ GIP e-santé – ORU PACA

Les passages des personnes âgées aux urgences représentent 14% des passages. La durée moyenne de passage est de 6h05. Le taux moyen d'hospitalisation des personnes âgées après passage aux urgences est élevé (54% versus 21% tous âges confondus).

Enjeux

Améliorer l'accessibilité et la lisibilité de l'offre régionale de soins urgents

- En fonction des plateaux techniques, rechercher une organisation territoriale graduée des structures prenant en charge les urgences (propositions du rapport Grall)³²
- **Des services d'urgence** : la plupart **territoriaux** correspondant à la prise en charge des urgences communes disposeraient d'un plateau technique adéquat et de spécialistes. Ces services correspondent assez bien avec les services actuels à forte activité. Ces services d'urgence pourraient parfois, selon les cas, être localisés uniquement dans l'établissement siège du GHT. Il faut également souligner un niveau de recours **régional** avec des services d'urgence qui auraient directement accès à des activités de recours spécialisées : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, etc...
- **Des antennes de service d'urgence**, dont l'ouverture serait de principe permanente mais avec des adaptations d'amplitudes possibles par dérogation de l'ARS (sous réserve d'évolution de la réglementation) Ces antennes doivent s'inscrire dans une relation formalisée avec les services d'urgence territoriaux et n'ont pas vocation à prendre en charge toutes les urgences, en fonction de leur plateau technique et de leur ressource médicale spécialisée. La télé imagerie doit être développée et constituer le socle du lien fonctionnel avec les services d'urgences territoriaux.
- Faire évoluer certaines structures des urgences en centres de soins non programmés, labellisés par l'ARS et figurant dans le répertoire opérationnel des ressources ou en antennes de structure des urgences, permettant d'adapter, les organisations aux besoins . Dans le cadre du projet de territoire, les missions de ces structures, l'organisation des équipes seront précisées : type de patients pouvant y être accueillis en lien avec les SAMU et les réseaux des urgences.

Améliorer l'articulation entre les urgences et l'offre de soins de premier recours

Le recours aux urgences pour des motifs de consultation relevant de l'offre de soins ambulatoires, notamment l'offre de premier recours est difficile à évaluer.

L'articulation entre médecine d'urgence et offre de soins ambulatoire ne se limite pas aux horaires de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA), mais également aux heures et jours ouvrables. La régulation médicale libérale présente en PACA au sein de chaque SAMU-Centres 15 est un des pivots du dispositif.

Améliorer l'efficacité de l'utilisation des moyens hélicoptérés

La région PACA dispose d'un nombre important d'hélicoptères (héliSMUR et d'hélicoptères d'état) qui permettent de couvrir l'ensemble du territoire régional.

Cependant, pour en augmenter l'efficacité, il est indispensable d'en améliorer la coordination, ainsi que l'usage et l'évaluation.

Anticiper et améliorer la gestion des situations de tension hospitalières

La tension hospitalière est une situation de surcharge, de saturation, source d'engorgement et de désorganisation pouvant entraîner une altération de la qualité et de la sécurité des soins et une augmentation de la morbi-mortalité des patients hospitalisés après passage aux urgences. Il s'agit d'un enjeu de santé publique pris en compte à travers le "plan hôpital en tension : élaboration dans

³² Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence – Dr JY Grall – juillet 2015

chaque établissement accueillant les urgences d'un plan hôpital en tension adaptée à chaque situation.

Optimiser la ressource en compétence de médecin urgentiste

Les difficultés de recrutement de médecins urgentistes dans de nombreux établissements rendent incontournable le recours à l'interim fragilisant le fonctionnement et la coordination des équipes pouvant altérer la qualité des soins.

Ainsi, les activités des médecins urgentistes doivent être recentrées sur leurs missions propres afin d'améliorer l'attractivité du métier, d'adapter les effectifs à l'activité et à l'organisation aux besoins.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Renforcer le lien entre le 1^{er} recours et les services d'urgence

Objectif 2 : Rechercher une organisation territoriale graduée et coordonnée de l'accès aux soins urgents sur la base de la régulation médicale

Objectif 3 : Adapter la stratégie de prise en charge au niveau des territoires

Objectif 4 : Optimiser le recours aux SMUR terrestres et hélicoptés

Objectif 5 : Améliorer l'accès aux soins urgents pour la population à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence

Objectif 6 : Elaborer un plan hôpital en tension adaptée à chaque situation, dans les établissements accueillant les urgences et mettre en place une organisation permettant d'anticiper et de gérer les situations de tension

Objectif 7 : Optimiser les ressources médicales qualifiées

Objectif 8 : Améliorer le parcours de soins des publics spécifiques

Objectif 1 : Renforcer le lien entre le 1^{er} recours et les services d'urgence

- Poursuivre le développement des maisons médicales «de garde» à proximité des services d'urgence, élargir les plages en fonction des besoins et favoriser l'implication des établissements dans ce dispositif.
- Revoir dans certains territoires le rôle de la structure des urgences à faible activité en fonction de l'offre de soins de premier recours en place et du fonctionnement de la PDSA *f. F.*
- Développer le recours au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) pour les professionnels libéraux souhaitant accéder directement aux plateaux techniques et aux avis spécialisés.

Objectif 2 : Rechercher une organisation territoriale graduée et coordonnée de l'accès aux soins urgents sur la base de la régulation médicale

- Définir au niveau régional une gradation des services d'urgence, déclinée par territoire, en s'appuyant sur les plateaux techniques existant dans chaque établissement.
- Orienter les patients selon une «gradation des structures d'urgence en fonction des plateaux techniques» selon des filières spécifiques permettant de garantir une prise en charge en urgence adaptée : le «bon patient au bon endroit» : mise en œuvre des Bonnes pratiques régionales (AVC, traumatisés sévères...).
- Pour cela, améliorer l'accès direct aux plateaux techniques lourds.
 - Réanimation et surveillance continue.
 - Soins intensifs cardiologiques et cardiologie interventionnelle.

- Caisson hyperbare.
- USI NV.
- Chirurgie de réimplantation.
- Embolisations artérielles périphériques.
- Syndromes infectieux nécessitant le recours à un avis ou une hospitalisation en service de référence.
- Neuroradiologie interventionnelle pas accès direct.
- Neurochirurgie.

Objectif 3 : Adapter la stratégie de prise en charge au niveau des territoires

- Compléter le réseau territorial de l'urgence par l'organisation des soins non programmés.
- Mettre en place des équipes d'urgentistes de territoire.
- Organiser le travail sur les sites d'urgence à faible activité au minimum dans le cadre d'une fédération médicale inter-hospitalière.
- Mettre en place des filières courtes, dans les services d'urgence à faible activité.

Objectif 4 : Optimiser le recours aux SMUR terrestres et hélicoptés

- Optimiser le recours au SMUR dans certaines zones éloignées et peu peuplées.
- Développer les Transports Infirmiers Inter-hospitaliers.
- Améliorer l'efficacité de l'utilisation des hélicoptères sanitaires et des hélicoptères d'Etat en s'appuyant, pour leur évaluation, sur les résultats de l'expérimentation en cours en lien avec la sécurité civile, la gendarmerie et l'Etat-major de la zone de défense.

Objectif 5 : Améliorer l'accès aux soins urgents pour la population à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence

- Améliorer la complémentarité avec les services d'incendie et de secours dans le cadre des missions de chacun et rendre plus lisible la participation des personnels hospitaliers (médecins, IDE, CCA) au fonctionnement des SIS en tant que sapeur pompiers volontaires (signature de conventions).
- Améliorer la coordination dans le schéma régional de santé des dispositifs existants ou à promouvoir :
 - Développer dans les zones situées à plus de 30 minutes d'un SMUR, en lien avec les SAMU, des organisations alternatives : médecins correspondants de SAMU (MCS) en coordination avec les médecins sapeurs-pompiers volontaires (MSV).
 - Harmoniser au niveau régional le dispositif de MCS (formation, rémunération, bilan d'activité...).
 - Prendre en compte dans l'organisation de l'Aide Médicale Urgente les véhicules de liaison infirmier (VLI) sur la base des principes généraux suivants :
 - ✓ Le positionnement des VLI est proposé par le SDIS en accord avec le SAMU
 - ✓ Les VLI intégrées dans le SRS doivent être positionnées dans les secteurs situés à plus de 30' d'un SMUR.
 - ✓ Un VLI n'est ni un SMUR ni un moyen intermédiaire entre le VSAV et le SMUR.
 - ✓ Un VLI doit être régulé médicalement par le CRRA avant engagement = moyen sanitaire.
 - ✓ Un engagement réflexe (défenestration, éjecté, multi victimes...) doit faire l'objet d'une information immédiate du CRRA qui doit alors engager un Smur terrestre.

- ✓ L'engagement d'un VLI régulé ne peut l'être qu'en complément de l'engagement d'un SMUR à distance.
- ✓ Les engagements de VLI sans SMUR, après régulation, se limitent essentiellement à l'analgésie dans un contexte bien identifié (lésions traumatiques des membres essentiellement) dont l'inventaire précis est défini dans une note interservices.
- ✓ Un VLI n'a pas vocation à prendre en charge une victime qui serait vue par le SMUR et non médicalisée.
- ✓ Les VLI ont des missions propres, relevant en particulier du SSO, qui doivent faire l'objet d'une information auprès du CRRA quand ils sont engagés.
- ✓ Les plannings des VLI doivent être adressés au CRRA.
- ✓ Les PISU, (protocoles infirmiers de soins d'urgence) sont rédigés sur la base des recommandations de la SFMU et validés par le chef de service du SAMU et le médecin chef du SDIS.

Objectif 6 : Elaborer un plan hôpital en tension adaptée à chaque situation, dans les établissements accueillant les urgences et mettre en place une organisation permettant d'anticiper et de gérer les situations de tension (cf recommandations FEDORU 2016)

- Piloter les situations de tensions dans chaque établissement en s'appuyant sur un dispositif gradué en capacité de répondre au plus près aux caractéristiques de la tension.
- Organiser la veille : mettre en place un dispositif interne au sein de chaque établissement permettant de :
 - o connaître la vulnérabilité au quotidien par rapport à la tension
 - o assurer la détection précoce et le suivi d'une tension et guider les actions
- Pour cela, élaborer un plan pour chaque catégorie de tension aux phases réactive, précoce, intermédiaire et pré plan blanc, à renseigner sur le portail régional de santé :
 - Tension "affluence"
 - Tension "par défaut de processus au sein des urgences"
 - Tension "carences de lits d'aval"

Objectif 7 : Optimiser les ressources médicales qualifiées

- Améliorer la réponse aux besoins de soins urgents de la population et mieux gérer la ressource médicale en urgentistes.
- Prendre en compte les difficultés liées à la démographie médicale et à l'application du référentiel sur le temps de travail des urgentistes : l'organisation territoriale des urgences doit être un des éléments du projet médical partagé de chaque GHT.
- Proposer une stratégie d'évaluation des effectifs d'urgentistes à former.

Objectif 8 : Améliorer le parcours de soins des publics spécifiques

- Améliorer le parcours de soins urgents des plus de 75 ans.
 - limiter le recours aux urgences des personnes âgées en développant notamment des outils de prévention des hospitalisations (résumé médical, etc.), en favorisant l'hospitalisation directe appropriée et en transmettant les dossiers médicaux entre les différents acteurs.
 - améliorer la procédure d'appel au centre 15 dans les EHPAD : élaborer une fiche commune d'appel au SAMU, permettant d'harmoniser les grilles d'observation et de mesures de paramètres vitaux nécessaires pour apprécier l'urgence de la situation et faciliter ainsi la communication avec le SAMU.

- améliorer le lien entre les services d'urgences et de gériatrie dans la prise en charge des patients âgés arrivant aux urgences.

- Organiser la gradation des urgences pédiatriques selon 3 types d'établissements
 - ✓ Proximité : sans service de pédiatrie.
 - Nécessité d'identifier un établissement de référence et / ou de recours.
 - Formaliser des protocoles de prise en charge médicaux et chirurgicaux.
 - Définir les modalités de prise en charge : limite d'âge, pathologies, type d'actes...

 - ✓ Recours : avec service de pédiatrie.
 - Notion de pédiatre référent.
 - Pour les urgences chirurgicales, différencier les établissements.
Sans chirurgie pédiatrique.
Avec chirurgie pédiatrique : centres de proximité, centres de recours, centres de référence.

 - ✓ référence avec pédiatrie, chirurgie pédiatrique, réanimation pédiatrique.
 - Accueil spécifique pédiatrique.
 - Prise en charge de toutes les urgences médicales et chirurgicales
 - Établissement de recours pour A et B et de proximité pour le bassin de population
 - Organisés pour la prise en charge des spécialités pédiatriques: pédiatrie médicale, chirurgie viscérale et orthopédique, réanimation, ARE, radiologie, AVC...

- Prise en charge des urgences psychiatriques au sein des urgences générales : principaux objectifs détaillés dans le volet santé mentale du PRS ([lien](#))
 - ✓ Adapter l'offre à la demande
 - Structurer une réponse permanente aux urgences psychiatriques au sein des services d'urgence adultes ou polyvalentes dépassant les 45 000 passages..
 - Renforcer la réponse au sein des urgences pédiatriques qui dépassent 35 000 passages.

 - ✓ Préciser les missions des structures permanentes de prise en charge des urgences psychiatriques, en intégrant chaque fois que cela est possible
 - La mission de permanence et d'appui téléphonique pour le centre 15
 - La mission de permanence et d'appui téléphonique pour la médecine de ville
 - La mission d'accueil direct (sans passage par les urgences générales) pour les patients connus du dispositif psychiatrique

 - ✓ Optimiser les conditions d'accueil des patients psychiatriques au sein des urgences générales et des structures permanentes de prise en charge des urgences psychiatriques
 - Améliorer la régulation, les conditions de transport, l'accueil (filière spécialisée) aux urgences des patients requérant des soins psychiatriques
 - Améliorer l'accueil des patients nécessitant des soins psychiatriques au sein de la structure d'accueil des urgences (box pour la prise en charge des

- patients agités ; bureau de consultations pour les consultations psychiatriques)
- Faciliter l'accès croisé des équipes aux éléments nécessaires des dossiers informatisés du patient, dossiers des équipes des urgences d'une part et des équipes de psychiatrie d'autre part, pour leur permettre de disposer d'une vision globale du patient.

3.4.16 Médecine

La médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale. Elle comporte, le cas échéant des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique ou des actes techniques interventionnels utilisant l'imagerie médicale.

Le développement des maladies chroniques, le vieillissement de la population ainsi que les innovations et les questions de démographie médicale impactent directement cette activité

Notre système de santé et l'exercice de la médecine connaissent une profonde mutation. L'exercice de la médecine évolue vers une pratique qui est de plus en plus prédictive, préventive, personnalisée et participative, la médecine des « 4 P ». Les services de médecine doivent intégrer cette évolution dans leur pratique. C'est par une pratique réellement multi disciplinaire que le patient pourra être considéré comme un tout dans lequel toutes les fonctions interagissent.

Les établissements autorisés à pratiquer la discipline de médecine sont de taille et de niveau d'équipement variés allant de l'hôpital de proximité jusqu'aux services hospitalo-universitaires de CHU. Ils assurent, selon le besoin de prise en charge, des soins de proximité, le suivi régulier de pathologies chroniques, allant jusqu'à des actes nécessitant des compétences humaines et technologiques hautement spécialisées (génomique, immunothérapie, thérapies cellulaires, nanomédecine) en passant par les soins palliatifs.

Les services de médecine, en particulier hospitalo-universitaires doivent s'impliquer activement dans la recherche en particulier sur les maladies chroniques.

En 2016, la région PACA compte 9 611 lits et 1 232 places (hors dialyse et chimiothérapie) de médecine (SAE 2016), pour la plupart dans des établissements publics de santé.

Le taux de recours standardisé en hospitalisation complète (HC) est de 82,26 séjours pour 1 000 habitants versus 83,71 au niveau national (source ATIH-2016) ce qui correspond à 441 431 séjours en HC

Le taux de recours standardisé en hospitalisation sans nuitée est de 29,78 séjours pour 1000 habitants versus 29,52 au niveau national (source ATIH-2016) ce qui correspond à 152 546 séjours en HP

L'ensemble des établissements et la présence de 2 CHU font que la région PACA dispose d'une couverture satisfaisante en termes quantitatif. Néanmoins, la lisibilité de l'ensemble et le repérage des différentes spécialités gagnera à être améliorée de façon à mieux évaluer la réponse apportée.

Enjeux

L'accentuation du virage ambulatoire, la pertinence des actes, avec en corollaire la promotion des bonnes pratiques, l'efficacité et l'accessibilité

Une offre hospitalière en médecine graduée en fonction des besoins de plateau technique et de compétences humaines.

L'organisation de la médecine hospitalière a été structurée autour des grandes disciplines d'organes ou de fonctions : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie.... L'importance du recours à des équipements a rendu nécessaire la collaboration avec des spécialités de plateaux techniques d'imagerie, d'endoscopie ce qui morcelle la vision du parcours de prise en charge des différentes pathologies.

Cela rend nécessaire, à la fois une meilleure identification des filières et parcours de soins et en même temps une plus grande gradation des plateaux techniques et compétences humaines.

De plus, l'augmentation du recours aux actes techniques, à visée diagnostique ou thérapeutique, et les prises en charges pluridisciplinaires alliés aux progrès des pratiques, permettent un retour plus rapide à domicile, nécessitant moins de capacité d'hébergement à temps plein.

Dans le même temps les projections de démographie médicale montrent une évolution à la baisse des effectifs médicaux de certaines spécialités dont il faudra appréhender les conséquences en termes de besoin de formation, de délégation de tâches et d'organisation des services. .

Ces évolutions nécessitent une réflexion approfondie sur la gradation des plateaux techniques et les sites où sont réalisés des actes nécessitant le recours à l'anesthésie. Elles plaident pour un regroupement des activités complexes autour de plateaux techniques et d'équipements de plus en plus lourds dans lesquels exercent des professionnels de plus en plus « surspécialisés ».

De nouveaux modes d'organisation doivent être recherchés pour améliorer l'accès aux soins et garantir leur qualité. Ils reposent sur une mutualisation de plateaux techniques, une meilleure gestion des effectifs des différentes spécialités médicales à commencer par celle des internistes.

L'ensemble de ces considérations structureront l'organisation autour des axes de priorités suivants :

- La cartographie des filières et parcours de soins en commençant par quelques pathologies (AVC, maladies cardio-vasculaires...)
- le regroupement de plateaux techniques interventionnels
- l'accentuation du développement d'unités d'hospitalisation de jour de caractère multidisciplinaires
- le développement de l'HAD et l'amélioration de la couverture territoriale
- une meilleure articulation entre la médecine de ville, les services de médecine hospitaliers et les urgences
- une amélioration de l'intégration de la médecine hospitalière dans le parcours de soins en particulier pour les maladies chroniques et les personnes âgées, notamment par l'intégration d'un plan personnalisé de santé dans les comptes rendus de sortie
- une meilleure articulation avec le secteur médico-social permettant de faciliter le contact entre les équipes des établissements médico-sociaux et les équipes médicales hospitalières
- Le développement de structure de coordination territoriale et l'organisation d'équipes mobiles adaptées aux besoins spécifiques
- la redéfinition de la place et du rôle de chaque « hôpital de proximité » en prenant en compte notamment son environnement et les liens avec ceux-ci, afin de constituer le point d'ancrage d'une offre de santé de proximité comprenant les soins de premier recours (MSP, centres de santé...) mais aussi de soins de suite et réadaptation ou médico-sociale
- une réflexion spécifique sur l'évolution des modalités de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

Objectifs opérationnels

Objectif 1 : Organiser une prise en charge polyvalente de proximité

Objectifs 2 : Mutualiser les plateaux techniques médico-chirurgicaux et interventionnels

Objectif 3 : Garantir une offre de référence sur des sites hyperspécialisés

Objectif 4 : Inscrire pleinement l'activité de médecine dans le virage ambulatoire

Objectifs 5 : Développer les hôpitaux de jour et les ouvrir sur la médecine de ville

Objectifs 6 : Organiser des filières pour des populations spécifiques

Objectif 1 : Organiser une prise en charge polyvalente de proximité

La place de la médecine hospitalière dans les établissements de proximité doit être redéfinie.

La gradation des plateaux techniques et le maillage du territoire doivent amener les établissements périphériques à regrouper leurs compétences médicales autour d'une médecine interdisciplinaire. Il est important qu'il y soit développé une médecine polyvalente.

Le patient doit être au cœur d'une organisation, qui assure une prise en charge multidisciplinaire, à tous les stades de sa ou de ses pathologies, phase aiguë, suivi, surveillance en phase chronique ainsi que la prévention, l'éducation thérapeutique et la prise en charge éventuelle de sa dépendance..

Objectifs 2 : Mutualiser les plateaux techniques médico-chirurgicaux et interventionnels

Le plateau technique devient le lieu où se concentrent tous les modes de prises en charge complexes. L'organisation de l'activité de médecine dépend, comme la chirurgie, de l'appui de plateaux techniques d'imagerie, de laboratoire et de secteurs interventionnels.

Ce constat conduit à penser de façon nouvelle la mutualisation des plateaux techniques, des alternatives à l'hospitalisation complète, l'organisation des consultations hospitalières et l'articulation avec les structures d'urgence. Les modalités de réponses pédiatriques doivent faire l'objet d'une attention particulière car les besoins des enfants et adolescents nécessitent des réponses spécifiques.

Il apparaît nécessaire de développer les coopérations autour de plateaux techniques mutualisés et favoriser les regroupements d'activités pour faire face aux contraintes précitées.

Objectif 3 : Consolider une offre de référence sur des sites hyperspécialisés

Ces derniers sont le lieu où doivent converger toutes les prises en charge de recours et d'expertise et l'ensemble des hyper spécialités.

Parmi celles-ci, la médecine interne, véritable médecine de synthèse, se caractérise par une approche globale du patient. Elle doit être présente à côté des autres spécialités (mission d'enseignement et de recherche).

Chaque fois qu'elle est présente dans un établissement, elle constitue une mission de recours. Ce recours est essentiel lorsque le malade nécessite une phase longue et coûteuse de diagnostic pour des affectations non explicites d'une souffrance d'organe.

Objectif 4 : Inscrire pleinement l'activité de médecine dans le virage ambulatoire

Comme l'ensemble des autres activités de soins, la médecine est largement concernée par le virage ambulatoire.

Une meilleure intégration entre la ville et l'hôpital permettant une plus grande fluidité dans les modalités de prise en charge, la prise en compte des aspirations des patients et de leur entourage, est aujourd'hui indispensable, Elle conduira à réduire la durée des prises en charge qui nécessitent une hospitalisation conventionnelle, permettra par une prise en charge concertée plus rapide d'éviter les hospitalisations en urgence, permettra la prise en charge en une journée d'examen diagnostics complexes ou d'un traitement lourd ou encore en étroite relation avec le médecin traitant et l'équipe

soignante du patient une prise en charge au domicile (ou son substitut) que ce soit avec le soutien d'équipes mobiles ou en hospitalisation à domicile

- Développer les hôpitaux de jour et les ouvrir sur la médecine de ville

La demande des patients, la recherche d'une amélioration de l'efficacité par une meilleure adéquation entre le mode de prise en charge et le besoin objectif de soins, justifient le développement de l'hospitalisation de jour ou de nuit.

Cette modalité spécifique de prise en charge impose une étroite relation entre les équipes de ville et hospitalière. Elle doit répondre à des besoins spécifiques en conformité avec les recommandations de la HAS, des sociétés savantes et selon les modalités financières réglementairement définies.

L'optimisation de l'activité des hôpitaux de jour hospitaliers de médecine (hors endoscopies et hors chimiothérapies) pour répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques sera recherchée.

- Mieux structurer la médecine ambulatoire dans le cadre d'un parcours de soin adapté en favorisant
 - le fonctionnement des hôpitaux de jour de médecine sur la base de spécialité ;
 - la constitution d'équipes dédiées multidisciplinaires ;
 - l'accessibilité des plateaux techniques étoffés ;
 - le déploiement territorialisé des ressources (équipes de territoires, consultations avancées...).
- Améliorer l'accessibilité des ressources de la médecine ambulatoire aux professionnels de ville et aux patients par la promotion des circuits les plus courts notamment par :
 - l'accès direct des médecins de ville à l'hôpital de jour à partir d'une sélection de cas relevant des circuits identifiés et cartographiés ;
 - la participation des médecins libéraux à l'activité d'hospitalisation de jour en médecine ;
 - la mise en place d'un interlocuteur dédié au sein des HDJ.

Objectif 5 : Assurer une prise en charge d'un haut niveau de sécurité et de qualité à travers le renforcement des outils et des compétences des acteurs

- l'élaboration de référentiels de prise en charge (recommandations HAS, sociétés savantes) sur la base d'un thésaurus par pathologie, portant sur l'ensemble de la chaîne des prises en charge destinées à être réalisées en hospitalisation complète, HDJ, HAD et en ville; Ces chemins cliniques pourront également faire l'objet de protocoles communs élaborés par le «réseau » de professionnels (dans le cadre d'enseignements post-universitaire-EPU et du développement professionnel continu-DPC)
- le confortement de la mission de coordination médicale et des compétences des soignants ;
- la généralisation de l'utilisation des ressources dématérialisées.
- l'amélioration du suivi des patients par la transmission du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant

La viabilité médico-économique des hôpitaux de jour de médecine dépendra des termes organisationnels et financiers issus de la refonte de la future l'instruction frontière qui doit définir les prises en charge ambulatoire en médecine. Les recommandations, qui vont dans le sens d'un renforcement des HDJ de médecine, seraient à revoir en fonction des orientations de l'instruction, en particulier en matière d'articulation entre les prises en charge en externe et en ambulatoire.

Objectifs 6 : Organiser des filières pour des populations spécifiques

- Une prise en charge des personnes âgées adaptée

La filière gériatrique a pour finalité de permettre une fluidification du parcours de soins de la personne âgée en mobilisant l'ensemble des modalités de prise en charge sur un territoire.

Il est recommandé qu'une filière gériatrique comprenne les structures de soins suivantes :

- un court séjour gériatrique,
- une équipe mobile territoriale gériatrique,
- une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour,
- consultation mémoire,
- une ou plusieurs unités de soins de suite et de réadaptation adaptées aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) à temps complet ou en hôpital de jour avec au besoin une Unité cognitivo-comportementale,
- un ou plusieurs soins de longue durée (SLD) redéfinis au sens de l'article 46 de la loi no 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale.

Cette filière doit être complètement inscrite dans l'offre de soins médico-sociale offerte aux personnes âgées dans ce territoire. Les coordinations elles-mêmes doivent s'inscrire dans un dispositif de coordination territorial qui dispose des outils de communication moderne avec l'ensemble de ces moyens spécifiques.

L'objectif de la filière est d'offrir :

- une palette de prises en charge spécifique en gériatrie, dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de la situation clinique et sociale de la personne âgée
- un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel la personne réside ou est hébergée, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée.
- un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par l'état de santé afin d'éviter toute perte de chance, notamment du fait d'un passage contraint par une unité d'accueil des urgences hospitalières
- un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin d'assurer une continuité des soins optimale et de réduire le risque de ré-hospitalisation inutile
- une « ressource » dans le domaine gériatrique pour les acteurs de la ville et du médico-social permettant ainsi « d'infuser » une culture gériatrique auprès de l'ensemble des partenaires du parcours de la personne âgée

Une filière de soins gériatriques doit organiser au niveau de son territoire d'implantation des partenariats avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les EHPAD, les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile. Elle travaille en lien avec structures de coordination (CLIC, réseaux) et les plate- forme territoriales d'appui (PTA).

Les services de la filière gériatrique participeront aux plans d'action nationaux, plus particulièrement le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, au plan cancer et au plan maladies neurodégénératives 2014-2019.

- Une prise en charge des enfants et des adolescents spécifique

La prise en charge des enfants s'inscrit dans le cadre du parcours « Petite enfance, jeunes, jeunes adultes »

Face à une pathologie pédiatrique, l'orientation vers une structure spécialisée dans la prise en charge des enfants ou adolescents (libérale ou hospitalière) sera privilégiée.

Lorsque cela n'est pas possible, les modalités d'appui et d'accès pédiatriques (conseil et avis spécialisés, recours, transfert, ...) doivent être protocolisées.

Les pédiatres doivent être impliqués dans les missions de prévention, dépistage et éducation pour la santé des enfants. La prise en charge pédiatrique est globale incluant le soin et les dimensions scolaire, sociale et familiale pour préserver l'avenir de l'enfant, son intégration dans son tissu social et ne pas obérer son développement intellectuel. La technicité des moyens nécessite de plus en plus une collaboration étroite avec les spécialités d'adultes autour de plateaux techniques partagés.

L'adolescence pose des problèmes particuliers en hospitalisation. Ces patients sont d'abord des malades à la période de l'adolescence avec tous les problèmes de refus de la maladie, notamment d'arrêt de traitement. La maladie et l'hospitalisation ne doivent pas être des obstacles au sentiment, fort à cet âge, d'appartenance à un groupe d'identification lié lui aussi à l'âge. La prise en charge, médicale et psychosociale, devront donc évoluer pour prendre en compte les spécificités du suivi de l'adolescent qui n'est pas celui de l'enfant. De la même façon, l'adulte jeune ne trouve pas sa place dans les unités de médecine qu'elles soient polyvalentes ou spécialisées de plus en plus destinées aux soins de personnes âgées.

Une réponse spécifique à ces publics particuliers doit donc être recherchée d'autant que souvent les affections de l'enfant et de l'adulte se croisent à ces âges frontières

En 2016 La région PACA compte 683 lits et 111 places spécialisées en pédiatrie (source SAE 2016) réparties sur 20 sites.

Compte tenu de la spécificité des prises en charge pédiatriques, des équipements requis et des compétences humaines, une gradation des établissements permettrait d'apporter une réponse de qualité en proximité comme en expertise. 3 niveaux pourront être identifiés :

- Un niveau de référence et d'expertise : des services de pédiatrie de référence et d'expertise de niveau régional implantés au niveau des 2 villes sièges de CHU, disposant d'une structure d'urgence pédiatrique, de chirurgie pédiatrique et de cancérologie pédiatrique. Ils disposent des pédiatres en nombre suffisant pour organiser une garde pédiatrique indépendante de la néonatalogie, des surspécialités, d'une radiologie pédiatrique et d'une réanimation pédiatrique ainsi que des explorations fonctionnelles et laboratoires de référence nécessaires.
- Un niveau de recours : des services de pédiatrie de recours implantés dans les établissements disposant d'une unité de néonatalogie avec au minimum une activité de soins intensifs et une structure d'accueil d'urgences pédiatriques. Ils disposent d'une équipe de pédiatres leur permettant de mettre en place une garde pédiatrique.
- Un niveau de proximité : des activités de pédiatrie de proximité. Une astreinte pédiatrique doit permettre de répondre aux besoins.

La répartition des soins entre ces différents niveaux est à préciser dans le cadre d'activité de réseaux pour les principales spécialités pédiatriques et notamment une protocolisation des soins, une formation des acteurs de soins et des conventions de fonctionnement portant notamment sur le développement des spécialités par le biais de la formation ou de consultations avancées selon les cas.

3.4.17 Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

La PDSES est à différencier de la continuité des soins :

- La PDSES est caractérisée par l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins d'urgence les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés.

- La continuité des soins par contre se décrit comme l'obligation réglementaire pour tous les services de soins d'assurer la prise en charge sur ces périodes des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celle-ci.

L'objectif essentiel de ce schéma est, en s'inscrivant dans la continuité du précédent, de mieux prendre en compte la gradation des soins et de contribuer ainsi à la prise en charge du patient sur le plateau technique le plus adapté.

Il ne suffit pas que chaque établissement s'organise pour répondre aux besoins de continuité et de permanence des soins, il faut rechercher une organisation territoriale permettant de répondre aux besoins de la population pour chaque spécialité médicale.

La permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien publics que privés. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normales, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les CPOM des établissements concernés.

Afin d'améliorer l'efficacité du dispositif, il convient d'éviter le maintien de permanences dès lors qu'elles ne sont pas nécessaires à la couverture des besoins de la population en soins spécialisés inopinés.

Une permanence (garde ou astreinte) ne répond pas forcément au besoin de PDES mais son maintien peut se justifier en raison des besoins propres à un établissement. Elle n'a pas alors à être intégrée dans le dispositif de PDES puisqu'elle correspond à la mise en œuvre des obligations de continuité des soins que doivent assumer tous les établissements (leur financement est alors inclus dans les « tarifs des séjours » - GHS).

Contexte - Bilan du SROS – PRS 1

Une adaptation importante de l'offre a été réalisée depuis le schéma initial (2012), par la mutualisation ou la suppression de lignes de PDES, mais également par la création, pour certaines activités à vocation régionale ou territoriale, inexistantes jusque-là.

Nombre de lignes de gardes et d'astreintes

	2012	2017	Évolution en %	Taux de réalisation du schéma cible
Nbre lignes de	163	145		100 %
<i>dont lignes de garde d'internes</i>	0	0	0	
<i>en CHU</i>	35	36	3 %	100 %
<i>en CH</i>	77.21	56	-27 %	100 %
<i>en ESPIC</i>	15	18	20 %	100 %
<i>en privé commercial</i>	36	35	-3 %	100 %
Nombre de lignes d'astreintes	600	387.75	-35 %	100 %
<i>en CHU</i>	119	82.55	-31 %	100 %
<i>en CH</i>	300.47	212.42	-29 %	100 %
<i>en ESPIC</i>	60	30.98	-48 %	100 %
<i>en privé commercial</i>	121	61.80	-49 %	100 %

Nombre d'établissements participant à la PDSSES

	CHU	CH	ESPIC	Privé commercial	Total
Total des ES	2	29	7	29	67

Obligations réglementaires de PDSSES,

- Obligations consécutives à la participation au dispositif régional de PDS-ES,
 - Inscription dans le CPOM de chaque établissement des engagements pris au titre de la PDSSES en application du schéma dont les modalités opérationnelles devront figurer dans le ROR,
 - Evaluation de l'activité réalisée aux horaires de PDSSES selon les modalités définies dans le cahier des charges régional annuel de la PDSSES,
 - Garantir pour cette mission de service public, l'accessibilité financière par une application stricte des tarifs opposables pour tout patient adressé par le SAMU, par une structure d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire.
 - En cas de carence de la PDSSES dans une spécialité pour laquelle un besoin a été identifié, le directeur de l'agence régional de santé ouvre une procédure d'appel à candidature. En cas d'appel d'offres infructueux, il désigne un ou plusieurs établissements chargés d'assurer cette PDSSES (Modalités fixées par le décret 2016-1645 du 1er décembre 2016)
- Consécutives aux conditions techniques de fonctionnement de la PDS-ES

Pour certaines spécialités la PDSSES est une des conditions de l'autorisation et donc imposée réglementairement.

Enjeux

Améliorer l'accès aux soins

- Optimiser l'organisation de la PDSSES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant de garantir un accès permanent aux soins, organisée à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional ou régional selon les disciplines concernées, en lien avec le réseau des urgences et ce la nuit, le week-end et les jours fériés.
- Au niveau de chaque territoire, adopter un schéma territorial de la permanence des soins, coordonné au niveau du GHT dans le cadre du projet médical partagé, élaboré en cohérence avec le volet régional de la permanence des soins et prenant en compte l'ensemble des établissements participant à la PDSSES.

Améliorer la qualité de prise en charge

- Dans le schéma territorial ou interterritorial pour certaines spécialités, identifier les besoins en intégrant la gradation des soins afin d'obtenir une prise en charge directe des patients sur le plateau technique le plus adapté à leur pathologie.

Améliorer l'efficacité

- Optimiser l'utilisation des ressources disponibles (médicales et financières) en évitant les redondances, en privilégiant les mutualisations entre établissements, en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif,
- Eliminer les redondances entre établissements sur une même activité, afin d'éviter la mobilisation de ressources inutiles et rémunérer uniquement les établissements assurant la mission de service public de PDSSES.

Objectifs

Objectif 1 : Définir un délai acceptable

Objectif 2 : Conforter l'approche territoriale

Objectif 3 : Prendre en compte le volume de besoin

Objectif 4 : Elaborer un schéma cible

Objectif 1 : Définir un délai acceptable

L'approche qualitative permet d'aborder chaque spécialité sous l'angle d'un délai d'accès acceptable.

Si la réponse doit être immédiate, chaque fois que cela est envisageable, tout établissement qui accueille les urgences devra se doter, pour la spécialité concernée, d'une permanence de soins.

A l'opposé un certain nombre de spécialités ne relève jamais d'une permanence des soins hospitaliers mais toujours de la continuité des soins. Il s'agit de spécialités pour lesquelles les structures de prises en charge des urgences n'ont jamais recours.

C'est notamment le cas de la médecine polyvalente et de la gériatrie. Pour ces spécialités, les médecins sont seulement appelés dans les services (de médecine ou de gériatrie) pour assurer, après une décision d'hospitalisation prise dans la structure d'accueil, la continuité des soins hospitaliers.

Tous les intermédiaires entre ces deux situations extrêmes sont possibles.

Objectif 2 : Conforter l'approche territoriale

Cette définition du «délai acceptable» permet de déterminer le territoire de couverture acceptable pour une permanence des soins spécialisée.

Ce territoire peut donc :

- Etre limité à l'établissement lui-même lorsqu'aucun déplacement du malade n'est possible, en raison de sa gravité potentielle. Dans ce cas, seule une permanence partagée pour plusieurs établissements recevant des urgences dans cette agglomération est envisageable (déplacement du praticien auprès du malade non déplaçable).
- Correspondre à un périmètre de la taille d'une agglomération lorsque le déplacement du patient est possible dans un délai compatible avec l'étendue de l'agglomération
- Correspondre à la taille d'un territoire plus vaste encore, lorsque le délai est moins contraint mais relève encore le la PDS-ES,
- Correspondre à la région elle-même.:

C'est le cas notamment pour les spécialités définies dans les SIOS (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuro radiologie interventionnelle, grands brûlés...)

C'est aussi le cas pour les spécialités, relevant de la télémédecine car ne nécessitent pas de contact direct entre le patient et le professionnel mais pour lesquelles un avis spécialisé à distance reste indispensable à une réponse adaptée au dispositif de permanence des soins.

Objectif 3 : Prendre en compte le volume de besoin

Chaque spécialité induit un volume très spécifique d'activité pendant les nuits et les fins de semaines, aux horaires de permanence des soins.

Il faut donc analyser la zone territoriale en fonction du volume d'activité qu'il induit pour chaque spécialité. Par exemple les activités de chirurgie orthopédique et viscérale sont très significatives dans

les établissements recevant des urgences et en particulier dans les établissements publics de santé accueillant les urgences. C'est en particulier le cas dans les plus grosses agglomérations qui sont pourtant celles dans lesquelles les délais d'accès à la spécialité seraient le plus souvent compatibles avec une mutualisation des équipes de PDS-ES.

Il faut également ajuster, dans chaque territoire identifié, le nombre de permanences retenu en fonction du volume d'activité généré. Si l'activité est supérieure au potentiel réalisable par une équipe, alors il faut introduire une deuxième, voire plusieurs permanences complémentaires pour répondre aux besoins de la zone concernée.

Objectif 4 : Elaborer un schéma cible

L'élaboration du projet cible d'organisation de la PDSES repose donc sur :

- Les caractéristiques du territoire : géo démographiques, offre de soins et niveau du plateau technique de chaque établissement,.
- Le bilan et l'analyse des permanences existantes (nombre de « lignes » par spécialité, localisations, activité...).
- L'analyse qualitative des recours à la PDSES.

Le schéma de la PDSES répond de fait à trois types de situations :

- PDSES liée à une obligation réglementaire et découlant d'une autorisation (réanimation, cardiologie interventionnelle....)
- PDSES non réglementaire mais répondant à la continuité d'aval des structures d'urgences (permanences en chirurgie et anesthésie, en gastroentérologie, cardiologie, pneumologie, neurologie, ...) et à ce titre indispensable,
- PDSES non réglementaire, mais indispensables à l'échelle régionale car répondant aux besoins de l'ensemble de la région, notamment pour des activités de références (radiologie interventionnelle périphérique, infectiologie...)

Suivi et évaluation de la mise en œuvre du cahier des charges

Les principes d'organisation des PDSES par spécialité dans chaque territoire figurent dans le cahier des charges de la PDSES.

Ce cahier des charges est revu annuellement. Les évolutions peuvent concerner :

- Toutes les formes de mutualisation de la PDSES entre les établissements, dès lors qu'elles répondent aux objectifs du projet régional de santé; elles constituent en effet une priorité majeure pour l'ARS,
- Les évolutions réglementaires et techniques,
- Les modifications de l'organisation des soins dans un territoire,
- Les créations de nouvelles PDSES prévues dans le PRS,
- Les autres créations de PDSES.

Lorsqu'un établissement considère qu'il contribue à la permanence des soins hospitaliers pour une ou plusieurs des activités non encore identifiées dans le dispositif, mais inscrite(s) dans le Répertoire Opérationnel des Ressources, il devra procéder au recueil prospectif de l'activité réalisée dans le cadre d'une activité réalisée en établissement de santé, et ce pendant une période significative. L'ARS vérifiera a posteriori la légitimité de cette demande.

Principes généraux par spécialité

Tableaux pages suivantes

Spécialités	Stratégie régionale	PDSES
Anatomie et cytologie pathologiques	PDSES pour les activités de greffes non financées par le forfait greffes	Reconnues dans les deux établissements autorisés aux greffes
Anesthésie-réanimation adulte	Chaque site disposant d'une PDSES pour une activité chirurgicale ou obstétricale devra disposer d'une PDSES d'anesthésie	Dans tous les sites retenus pour une activité chirurgicale ou obstétricale
Anesthésie-réanimation pédiatrique	Elles sont présentes dans les unités de chirurgie pédiatriques	Dans tous les sites retenus pour une activité de chirurgie pédiatrique
Cardiologie	Il est souhaitable que toute structure d'urgences puisse faire appel à un cardiologue. Cette spécialité doit être prise en charge dans le cadre des complémentarités et être traitée en recourant à la télémédecine	Dans les agglomérations importantes distantes d'un plateau technique de cardiologie interventionnelle
Cardiologie : Electrophysiologie et Rythmologie	Compte tenu du très faible besoin de recours à la PDSES pour l'activité d'électrophysiologie, elles sont reconnues sur les sites de deux CHU	Marseille (2) Nice (1)
Cardiologie interventionnelle	Les PDSES sont réglementaires sur tous les sites autorisés à la pratique de l'angioplastie coronaire	Elles sont exclusives sur chaque site autorisé
Chirurgie infantile	Les PDSES sont présentes dans les unités de chirurgie pédiatriques	Marseille (3), Avignon (1), Nice (1)
Chirurgie thoracique	Ces PDSES doivent pouvoir être mises en place dans les sites de références et de recours pour cette spécialité (Aix-en-Provence, Avignon, Marseille, Nice et Toulon). Cette problématique régionale devra s'adapter aux difficultés de recrutement	Aix (1), Marseille (2), Toulon (1), Avignon (1), Nice (1)
Chirurgie cardiaque	Les PDSES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS	Marseille (3), Nice (1)

Spécialités	Stratégie régionale	PDSES
Chirurgie de la main	Les PDSES concernant les deux établissements hospitalo-universitaires garantissant l'accès à la chirurgie de réimplantation 24H/24. Une permanence de week-end peut se justifier sur les autres sites	Marseille (1), Nice (1)
Chirurgie orthopédiques et traumatologie	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées. Le dispositif actuel apparait encore excessif par rapport aux besoins. Une équipe chirurgicale peut sous réserve des limites liées au volume d'activité, prendre en charge les besoins chirurgicaux d'une agglomération urbaine, la solution alternative consiste en un partage de la PDSES entre les différents établissements de l'agglomération	Dans toutes les agglomérations comportant plusieurs sites d'urgences, la mutualisation doit être confortée.
Chirurgie plastique et reconstructrice	Les PDSES sont indispensables sur les sites de références, deux établissements hospitalo-universitaires. Ces permanences pourront si nécessaire être communes avec celle mise en place sur ces deux structures avec la chirurgie de la main	Nice et Marseille
Chirurgie urologique	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées dans les établissements de recours pour cette spécialité (Aix-en-Provence, Avignon, Marseille, Nice, Toulon et Gap)	Aix-en-Provence, Avignon, Marseille (2), Nice, Toulon, Cannes/Grasse, Fréjus
Chirurgie vasculaire	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées dans les établissements de recours : Aix-en Provence, Avignon, Marseille, Nice et Toulon	Aix-en-Provence, Avignon, Marseille (2), Nice, Toulon
Chirurgie viscérale et digestive	Favoriser la mise en place de permanences de soins mutualisées. Le dispositif actuel apparait excessif par rapport aux besoins. Une équipe chirurgicale peut, sous réserve des limites liées au volume d'activité, prendre en charge les besoins chirurgicaux d'une agglomération urbaine, la solution alternative consiste en un partage de la PDSES entre les différents établissements de l'agglomération	Dans toutes les agglomérations comportant plusieurs sites d'urgences, la mutualisation doit être confortée
Endocrinologie	Cette spécialité n'induit pas à priori une obligation de PDSES	Pas de PDSES
Gastro-entérologie et hépatologie	Garantir qu'une équipe soit disponible pour répondre au besoin en endoscopie (au moins dans chaque territoire)	Le nombre de sites sera fonction du volume d'activité et de la situation géographique

Spécialités	Stratégie régionale	PDSES
Gériatrie	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins	Pas de PDSES
Grands brûlés	Les PDSES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS	Réglementaires
Gynécologie-obstétrique	Les permanences sont fixées réglementairement en fonction du volume d'accouchements	Réglementaires
Infectiologie	Cette activité requiert une astreinte régionale, permettant le recours à distance à des avis hautement spécialisés, notamment pour les pathologies émergentes. Une astreinte territoriale dans les établissements de référence peut être envisagée pour les pathologies plus courantes	Une astreinte régionale (IHU)
Médecine	Il s'agit d'une activité relevant exclusivement de la continuité des soins	Pas de PDSES
Médecine légale	La permanence répond à une organisation régionale répondant à des objectifs spécifiques. Elle est l'objet d'un financement propre. Elle est donc hors champ de la PDSES	Relève du schéma de la médecine légale
Médecine vasculaire-Angiologie	Cette activité ne justifie pas, compte-tenu de la fréquence des sollicitations nécessaires, de mise en place de PDSES	Pas de PDSES
Néonatalogie	Ces permanences sont définies réglementairement en fonction du niveau de soins requis. Elles relèvent de la PDSES en raison de leur obligation de réponse à la demande territoriale	Réglementaires
Néphrologie-hémodialyse	En urgence, la prise en charge des patients est assurée en réanimation. La prise en charge en soirée relève de l'organisation des centres et de la continuité des soins	
Spécialités	Stratégie régionale	PDSES
Neuro radiologie interventionnelle	Les PDSES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS	Réglementaires

Neurochirurgie	Les PDES sont réglementaires dans les centres autorisés dont la localisation est fixée par le SIOS. Les astreintes régionales recourront également à la télé-médecine en neurochirurgie	Réglementaires
Neurologie	La politique régionale est de prioriser les permanences de soins en neurologie sur les unités Neuro Vasculaire (UNV) qui nécessitent de préférence une garde sur place	
Ophthalmologie	Il est indispensable de disposer d'une réponse de haute spécialité dans les établissements hospitalo-universitaires répondant 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année aux besoins de l'ensemble de la région. Une PDES doit également être mise en place au minimum dans chaque territoire.	
ORL et chirurgie maxilo-cervico-faciale	Il est souhaitable que toutes structures d'urgence puissent accéder à l'expertise d'un ORL dans chaque territoire notamment les week-end et jours fériés. Il est par ailleurs nécessaire d'organiser une PDES en chirurgie maxillo-faciale dans les établissements hospitalo-universitaires	
Oxygénothérapie hyperbare	Garantir une PDES sur trois sites (Marseille, Nice et Toulon)	Marseille, Nice, Toulon
Pédiatrie	La permanence est réglementaire dans les sites disposant d'une maternité. Par ailleurs, des surspécialités pédiatriques sont nécessaires dans les deux hôpitaux pédiatriques	Réglementaires + deux hôpitaux pédiatriques
Pneumologie	Le recours en urgences à la PDES de pneumologie est rare et peut justifier la reconnaissance d'une permanence par territoire, sauf sur les sites où existe 1 USI de pneumologie	Gap, Marseille, Nice, Avignon, Toulon
Psychiatrie	Ces permanences relèvent actuellement d'un financement spécifique (inclus dans la DAF). Toutefois leur identification reste indispensable	
Radiodiagnostic et imagerie médicale	L'accès à l'imagerie est obligatoire dans tous les établissements de santé disposant d'un service d'urgence (sur place ou par télé-médecine). L'objectif régional est de favoriser l'accès 24 heures sur 24 aux examens d'échographie (urgences), de scanner (urgences) et d'IRM (neurovasculaire). L'implication de tous les professionnels, y compris libéraux est indispensable	Dans tous les sites d'urgence
Radiologie interventionnelle périphérique	La priorité régionale est de garantir l'accès à cette discipline, au minimum, sur les quatre sites suivants : Marseille, Nice, Toulon, Avignon	Marseille, Nice, Toulon, Avignon
Spécialités	Stratégie régionale	PDES
Réanimation adulte	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires

Réanimation néonatale	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires
Réanimation pédiatrique	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires
Stomatologie et chirurgie dentaire-odontologie	La PDSES peut s'appuyer sur une organisation régionale. Pour les besoins de proximité l'organisation pourra s'articuler avec la PDS libérale	Aix-Marseille, Toulon, Avignon, Nice
Surveillance continue pédiatrique	Ces astreintes peuvent être communes avec celles des unités de soins intensifs de néonatalogie	Réglementaire si réanimation pédiatrique sur le site. Les PDSES des unités sans réanimation pédiatrique sur le site sont communes avec les SI de néonatalogie
UNV (Unité Neuro Vasculaire)	Concentrer les permanences de neurologues sur les unités neuro vasculaires (UNV) qui imposent une permanence de préférence en garde sur place. L'accès à l'IRM 24 Heures sur 24 est indispensable sur ces sites	Réglementaires
USC (Unité de Surveillance Continue)	L'astreinte n'est pas réglementairement spécifique de ces unités. Elle peut être partagée avec la (ou les) astreintes d'autres spécialités (ARE, urgentistes formés) présentes dans l'établissement en fonction du volume d'activité chirurgicale et de la dimension de l'unité	Réglementaires
USI (Unité de Soins Intensifs)	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires
USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiolgiques)	Ces permanences sont définies réglementairement	Réglementaires



Partie IV : Définir les objectifs d'évolution de l'offre de santé

- **1. Conséquences sur l'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux**
- **2. Activités de soins et équipements matériels lourds**

Partie IV : Définir les objectifs d'évolution de l'offre de santé

4.1 Conséquences sur l'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux

Les objectifs ci-dessous répondent aux ambitions suivantes, en cohérence avec les parties 1 et 2 du présent Schéma régional de santé :

Mieux intégrer l'offre médico-sociale dans l'offre de santé et rompre l'isolement

Accompagner le virage ambulatoire des établissements et services médico-sociaux et des établissements de santé, «vers une société inclusive» et prévenir les ruptures de parcours.

4.1.1 Offre médico-sociale à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

4.1.1.1 L'offre médico-sociale PA PH doit s'intégrer sur un territoire en complémentarité des ressources de santé existantes dans une logique de parcours, de réponses graduées et coordonnées

Ne pourront alors rester sur des territoires plus excentrés que les ESMS « connectés » à d'autres établissements qu'ils soient médico-sociaux ou sanitaires.

Aucun ESMS ne doit être isolé y compris géographiquement. D'où l'incitation forte à procéder à des rapprochements/fusions. L'objectif est de parvenir à une charte régionale du regroupement d'ici deux ans.

Les coopérations sont fortement encouragées. Tous les ESMS devront avoir conclu des conventions avec un ou des établissements de santé du territoire.

Les SSIAD PA exerçant sur une même zone devront avoir conclu des conventions de coopérations entre eux et avec l'offre libérale.

La télémédecine : pour pallier la rareté de la ressource médicale ainsi que pour assurer un meilleur confort dans la prise en charge des personnes âgées, l'objectif est que 20% des EHPAD soient équipés pour recourir à la téléconsultation

La fonction ressources dans le secteur PH : Développement des fonctions ressources dans chaque département afin d'offrir une expertise aux autres ESMS du territoire selon un modèle «d'entreprise apprenante».

4.1.1.2 L'offre médico-sociale doit résolument prendre le virage inclusif

L'augmentation de la part de services dans l'offre globale existante : l'objectif de transformation de l'offre sur le secteur PH doit permettre d'atteindre un objectif de 50% de la part de services dans l'offre globale de la région (actuellement de 34%)

Pour optimiser la prise en charge, le principe d'un fonctionnement en file active (plutôt qu'en places) sera généralisé à tous les services médico-sociaux PH (SESSAD et SAMSAH)

Sur le secteur PA, une révision des agréments des SSIAD permettra un meilleur maillage du territoire, mesuré notamment par un taux d'activité d'au moins 75% et un niveau de dépendance des patients pris en charge qui sera fixé dans les CPOM à venir.

Parallèlement, une extension de l'amplitude horaire des SSIAD (plus tôt le matin et plus tard le soir) favorisera le maintien à domicile. 10% des SSIAD devront offrir cette modalité.

Le maintien à domicile des personnes âgées suppose que les structures de répit soient optimisées dans leur fonctionnement : les accueils de jour ainsi que les hébergements temporaires devront atteindre un taux d'activité de 75% (actuellement la moyenne est de seulement 50%).

Pour l'ensemble de ces structures de répit et pour les SSIAD, l'un des critères de révision des agréments portera sur le taux d'occupation, avec un seuil à 25%.

Le virage inclusif au bénéfice des personnes âgées nécessite la mise en place de nouvelles réponses telles le relayage ou l'EHPAD hors les murs. Chaque département bénéficiera d'une à 3 modalités de ce type.

Au bénéfice des personnes en situation de handicap psychique, au moins un projet d'habitat inclusif par département sera accompagné.

L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap est un axe majeur du PRS : l'externalisation des unités d'enseignement doit être conduite en lien avec l'Education nationale. Le taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés devra être porté à 80% au terme du présent PRS.

Le virage inclusif concerne également l'insertion professionnelle : l'accompagnement vers le milieu ordinaire des adultes en ESAT devra concerner 10% des personnes accueillies.

4.1.1.3 Garantir la continuité et la qualité des parcours

Le nombre de jeunes adultes maintenus « en aménagement Creton » doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Les instructions nationales invitent les ARS à réduire à moins de 20% par an le nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfant, sur la durée du présent schéma.

La garantie de la continuité du parcours impose que des structures de répit puissent prendre le relais lorsque la situation le justifie. Dans chaque département, une organisation concertée entre les ESMS sera mise en place pour offrir des temps de répit. Dès 2018, les départements 06 et 13 bénéficieront de moyens pour augmenter l'amplitude horaire des IME au profit d'une offre de ce type.

Les hébergements temporaire pour PH, notamment en ce qu'ils participent à l'offre de répit, devront atteindre un taux d'activité de 90%

Les Pôles de Compétence et de Prestations Externalisées (PCPE) seront mis en place dans chaque département pour accompagner les personnes en situation de handicap à domicile ou lors d'une transition dans leur parcours.

La prise en charge spécifique des personnes handicapées vieillissantes sera soutenue au travers de projets portés conjointement par les deux secteurs PA et PH notamment au travers d'unité en EHPAD bénéficiant du concours d'une équipe formée à la prise en charge du handicap.

La qualité de la prise en charge en EHPAD requiert un ratio d'encadrement minimum qui sera fixé dans tous les CPOM à venir

Pour éviter une éventuelle rupture de parcours à l'adolescence, les agréments d'âge des ESMS accueillant des enfants et adolescents seront révisés.

L'amplitude d'ouverture des ESMS PH pour enfants ne devra pas être inférieure à 210 jours.

4.1.2 Offre médico-sociale à destination des personnes en difficulté spécifique

L'évolution de l'offre médico-sociale à destination des personnes en difficulté spécifique contribue à la construction de parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins et d'accompagnement mieux structurée et diversifiée.

4.1.2.1 Objectifs communs d'évolution du dispositif médico-social en addictologie

Améliorer l'information et la communication de tous les dispositifs existants sur les territoires de la région

Améliorer la cohérence et la fluidité des parcours de santé avec un accompagnement adapté, personnalisé et de qualité.

Intégrer la prise en compte des nouvelles addictions en proposant des accompagnements, des prises en charge adaptées répondant à des besoins nouveaux mal connus ou mal pris en compte.

Poursuivre le soutien aux actions innovantes et aux expérimentations,

Renforcer la coordination et la formation des acteurs non spécialistes en contact avec les jeunes,

Renforcer les compétences des professionnels, développer et consolider une culture commune

Participer à un système de vigilance et d'alerte (addictovigilance) afin de favoriser les signalements et de recevoir les retours d'information, d'expérience pour améliorer les pratiques (qualité des soins et de la prise en charge, sécurité sanitaire)

- **Les CSAPA «Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie» :**

Améliorer et compléter la structuration de l'offre en organisant la mission de prévention dans l'intégralité des 31 CSAPA avec l'adossement d'une offre de référence en prévention des conduites addictives portée par des CSAPA « support » d'ores et déjà engagés dans des programmations validées probantes de prévention

Déployer une offre de CJC dans tous les CSAPA :

- en labellisant l'offre existante répondant aux missions dévolues,
- en complétant la couverture territoriale, et en confortant leur fonction pivot concernant l'intervention précoce pour les usages problématiques,
- en diversifiant les modalités de réponses avec des équipes mobiles, des consultations avancées « hors les murs » à implanter dans tous les lieux fréquentés par les jeunes,
- en généralisant le repérage des consommations problématiques et l'orientation par les professionnels non spécialistes (professionnels de santé, professionnels de premier recours...) pour initier l'accompagnement et le soin le plus précocement possible.

Identifier les nouveaux publics régulièrement et développer l'aller vers via le numérique (P2.0)

Prioriser le déploiement des dispositifs « hors les murs » afin d'apporter et/ ou de renforcer les réponses de prise en charge de proximité, en priorité en milieu rural, périurbain ou de montagne.

Développer une offre de consultations avancées de CSAPA pour renforcer l'accessibilité à l'évaluation (diagnostic des consommations) sur tout le territoire, et réduire les délais d'entrée dans les dispositifs spécialisés.

- **Les CAARUD «Centres d'Accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues» :**

Rendre intégralement effective la politique de réduction des risques et des dommages (RDRD) réaffirmée dans la loi du 26 janvier 2016 et améliorer la couverture territoriale en réduisant les inégalités d'accès et de services.

Améliorer l'accessibilité de l'offre en RDRD y compris en détention, pour les publics éloignés (géographiquement et socialement) et/ou nouveaux en développant notamment un service individualisé de RDRD à distance (par voie postale, internet, applications mobiles).

Poursuivre l'effort de diversification de l'offre en RDRD en élargissant à tous les produits : tabac, cannabis, alcool, NPS, et sans substance...

Diversifier les modalités de réponse en développant « l'aller vers » notamment par les équipes de proximité sur les territoires non desservis. Développer l'utilisation de nouveaux outils et des nouveaux référentiels de RDRD

Intégrer la démarche expérimentale nationale de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque).

Poursuivre l'intégration systématique de la représentation des usagers dans les groupes de travail dédiés à la RDRD.

Déployer des outils et dispositifs de médiation de RDRD et d'accès aux soins alternatifs tel que TAPAJ, Working First (médiation par l'emploi) et un chez soi d'abord (médiation logement).

4.1.2.2 Objectifs d'évolution des dispositifs de santé dédiés aux publics précaires confrontés à des difficultés très spécifiques

En matière de développement de l'offre en LHSS, LAM et ACT, donner la priorité aux territoires les moins bien pourvus, croisant le taux d'équipement global, les besoins identifiés, les indicateurs de défavorisation sociale, voire des indicateurs spécifiques à chaque dispositif.

Appartements de coordination thérapeutique (ACT) : 266 places installées en 2017

- Diversifier les modalités de l'offre en expérimentant l'offre d'ACT à domicile,
- Répertorier la diversité des prestations et des publics pris en charge, augmenter la visibilité en articulation avec les PTA
- Inscrire l'offre des ACT dans le parcours de santé des personnes,
- Développer le volet insertion

Lits halte soins Santé LHSS (133) et Lits d'accueil médicalisés (LAM) 38, en lien avec les résultats de l'enquête nationale en cours).

- Développer l'offre en priorisant les territoires dépourvus
- Améliorer l'accessibilité à ces dispositifs des personnes en situation de vulnérabilité en proposant une prise en charge médico-sociale adaptée, dans le cadre d'un parcours coordonné de santé et de vie.

4.2 Activités de soins et équipements matériels lourds

Cette partie permet de décliner les orientations développées dans le présent schéma en termes d'objectifs quantifiés de l'offre de soins pour les activités de soins et les équipements matériels lourds qui en relèvent.

L'organisation territoriale de ces activités et équipements vise à répondre au mieux aux besoins de la population de la région Provence-Alpes- Côte d'Azur. Leur répartition est définie sur des zones préalablement arrêtées par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (arrêté n° 2017PRS08-47du 3 octobre 2017). Ces zones correspondent aux six départements composant la région.

Les activités de soins concernées sont les suivantes :

- Médecine
- Chirurgie
- Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale
- Psychiatrie
- Soins de suite et de réadaptation
- Soins de longue durée
- Médecine d'urgence
- Réanimation
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
- Traitement du cancer

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal.
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Et les équipements matériels lourds sont les suivants :

- Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons
- Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique
- Scanographe à utilisation médicale
- Cyclotron à utilisation médicale
- Caisson hyperbare

4.2.1 Médecine

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité de médecine ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise en charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité de médecine est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Alpes de Haute-Provence

Maintien de la situation actuelle.

Hautes-Alpes

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction d'un site sur le territoire. Cette suppression se traduit par :

- Suppression d'un site à faible activité. La réponse aux besoins de la population concernée pouvant être prise en charge par d'autres établissements du territoire de santé.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Alpes Maritimes

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction de deux sites sur le territoire. Ces suppressions se traduisent par :

- Deux regroupements d'activité de médecine géographiquement proches permettant de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins en médecine.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction de quatre sites sur le territoire. Ces suppressions se traduisent par :

- Trois regroupements d'activités de médecine géographiquement proches permettant de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins en médecine à la population concernée.
- Suppression d'un site d'activité de médecine spécialisée à faible activité suite à sa reconversion en structure médico-sociale permettant une meilleure adéquation de l'activité à la prise en charge effectivement réalisée.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction d'un site sur le territoire. Cette suppression se traduit par :

- Suppression d'un site à faible activité. La réponse aux besoins de la population concernée pouvant être prise en charge par d'autres établissements du territoire de santé.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de médecine			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	Médecine	7	7
Hautes Alpes	Médecine	6	5
Alpes Maritimes	Médecine	24	22
Bouches-du-Rhône	Médecine	41*	37*
Var	Médecine	19*	19*
Vaucluse	Médecine	13	12
Total Région		110	102

*dont hôpital d'instruction des armées.

4.2.2. Chirurgie

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soin sur la période de cinq années. Les évolutions inscrites ci-après doivent se comprendre comme l'objectif qui sera à atteindre progressivement sur cette période.

Lorsqu'il est géographiquement possible, pour des raisons de sécurité des patients mais également pour faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, le regroupement de plateaux techniques à faible activité est préconisé.

La structure juridique de chacun de ces regroupements permettra de répondre de manière optimale à l'organisation de cette nouvelle coopération.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité de chirurgie est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ;

Alpes de Haute Provence

Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

L'organisation d'une activité de chirurgie répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à la suppression de trois sites sur ce territoire.

Ces suppressions se traduisent par :

- Deux regroupements d'activités globales de chirurgie géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité.
- Une suppression d'activité de chirurgie ambulatoire à faible activité, sur un territoire disposant d'une offre très importante, permettant néanmoins de répondre aux besoins de la population. Cette évolution répond aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

L'organisation d'une activité de chirurgie répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à la suppression de trois sites sur ce territoire.

Ces suppressions se traduisent par :

- Trois regroupements d'activités globales de chirurgie géographiquement proches devront s'effectuer, permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisations précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins chirurgicale de qualité.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

- Création d'un site de chirurgie d'hospitalisation à temps partiel pour un établissement pratiquant exclusivement une activité de chirurgie du cancer.
-

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de chirurgie					
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Hospitalisation complète	Chirurgie ambulatoire	Hospitalisation complète	Chirurgie ambulatoire
Alpes de Hautes Provence	Chirurgie	3	3	3	3
Hautes Alpes	Chirurgie	3	3	3	3
Alpes Maritimes	Chirurgie	20	20	18	17
Bouches-du-Rhône	Chirurgie	35*	36*	32*	33*
Var	Chirurgie	18*	17*	18*	17*
Vaucluse	Chirurgie	12	11	12	12
Total Région		91	90	86	85

*dont hôpital d'instruction des armées.

4.2.3 Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts. Dans ce cas de figure, et pour répondre à un besoin de proximité avéré de la population du territoire concerné, un centre périnatal de proximité pourra être créé.

Alpes de Haute-Provence

Maintien de la situation actuelle.

Hautes-Alpes

Maintien de la situation actuelle.

Alpes maritimes

Maintien de la situation actuelle.

Bouches du Rhône

La raréfaction de la ressource médicale, la nécessité d'offrir une prise en charge sécurisée de soins de qualité conduit à la suppression d'un site de gynécologie-obstétrique à faible volume d'activité.

Var

La raréfaction de la ressource médicale, la nécessité d'offrir une prise en charge sécurisée de soins de qualité conduit à la transformation en centre périnatal de proximité d'une activité de gynécologie-obstétrique à faible volume après une expertise approfondie. Ce centre périnatal de proximité, en lien avec le lieu de naissance, permettra alors de garantir un suivi des femmes en proximité.

La raréfaction de la ressource médicale, la nécessité d'offrir une prise en charge sécurisée de soins de qualité conduit au regroupement d'activités de gynécologie-obstétrique sur un établissement géographiquement proche et disposant d'une activité de néonatalogie avec soins intensifs.

Vaucluse

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activités de soins de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Haute Provence	Centre périnatal de proximité	0	0
	Total de centres périnataux de proximité	0	0
	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	2	2
Hautes Alpes	Centre périnatal de proximité	1	1
	Total de centres périnataux de proximité	1	1
	Gynécologie obstétrique	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	2	2
Alpes Maritimes	Centre périnatal de proximité	1	1
	Total de centres périnataux de proximité	1	1
	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	3	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	7	7

Bouches-du-Rhône	Centre périnatal de proximité	0	0
	Total de centres périnataux de proximité	0	0
	Gynécologie obstétrique	5	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	4	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	3	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	2	2
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	14	13
Var	Centre périnatal de proximité	1	2
	Total de centres périnataux de proximité	1	2
	Gynécologie obstétrique	4	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	7	5
Vaucluse	Centre périnatal de proximité	2	2
	Total de centres périnataux de proximité	2	2
	Gynécologie obstétrique	4	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total des implantations d'activité de gynécologie obstétrique	6	6
Total régional de Centres Périnataux de proximité		5	6
Total régional des implantations d'activité de gynécologie obstétrique		38	35

4.2.4 Psychiatrie

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences de qualité, de sécurité, de proximité et de continuité des soins décrits notamment dans le présent schéma.

Lorsque le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous, le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé permet de répondre aux besoins de la population concernée et est sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Psychiatrie générale

Concernant l'hospitalisation à temps plein, en raison du taux d'équipement actuel (125 lits pour 100 000 habitants de plus de 18 ans en PACA versus 106 en France métropolitaine selon la SAE 2015) et de la priorité donnée aux modes de prise en charge alternatifs au temps plein (temps partiel et ambulatoire), il n'est pas envisagé d'implantation supplémentaire de novo.

L'implantation de nouveaux sites d'hospitalisation temps plein sur des établissements disposant d'un service d'urgence et non dotés à ce jour d'hospitalisation temps plein en psychiatrie se fera par transfert partiel de l'activité des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ceci doit permettre de répondre à une logique de soins de proximité et de renforcement du maillage territorial.

Concernant le développement de l'hospitalisation à temps partiel de jour, il s'inscrit dans l'objectif d'une prise en charge de proximité, insérée dans la cité, permettant à la personne présentant un trouble psychique grave de résider chez elle tout en bénéficiant de soins individuels et de groupe d'une intensité comparable à ceux de l'hospitalisation temps plein. Comme pour l'hospitalisation temps plein, les structures sont invitées à contrôler leur durée moyenne annuelle de prise en charge pour éviter l'écueil de l'institutionnalisation. L'hospitalisation temps partiel de jour sera implantée de façon préférentielle au plus près de la demande de soins, hors les murs de l'hôpital.

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de jour supplémentaires seront à envisager, par un établissement de santé autorisé pour l'activité de psychiatrie temps plein et en alternative à cette activité, pour répondre à une logique de prise en charge en filière (temps plein/temps partiel/ambulatoire) et dans les cas de figure suivant :

- Par externalisation et insertion dans la cité des hôpitaux de jour situés au sein des établissements de santé;
- Par création de nouveaux sites au sein des territoires de proximité appelés secteurs de psychiatrie (article L3221-4 du Code de santé publique) dans un objectif de renforcement des dispositifs sectoriels quand ce type d'équipement fait défaut ou couvre insuffisamment le territoire ou de mise en place de dispositifs intersectoriels dans un objectif de spécialisation de l'offre (par exemple en psychiatrie du sujet âgé) pour les territoires de proximité déjà équipés d'une offre polyvalente ;
- Par création de nouveaux sites pour compléter les équipements d'hospitalisation temps plein existants pour les établissements non dotés de ce type d'équipement et par redéploiement partiel d'activité d'hospitalisation temps plein.

Concernant le développement de l'hospitalisation à temps partiel de nuit, il s'inscrit dans l'objectif de l'accompagnement d'une personne présentant un trouble psychique grave de mener des démarches de réhabilitation-réinsertion tout en bénéficiant de soins d'une intensité comparable à l'hospitalisation temps plein. Comme pour l'hospitalisation temps plein, les structures sont invitées à contrôler leur durée moyenne annuelle de prise en charge pour éviter l'écueil de l'institutionnalisation. L'activité peut

être déployée au sein des lits d'hospitalisation temps plein avec un projet de soins qui s'adapte au patient en termes d'horaires de prise en charge et de compétences à mobiliser.

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit supplémentaires seront à envisager, par un établissement de santé autorisé pour l'activité de psychiatrie temps plein et ne disposant pas d'autorisation pour cette activité, pour répondre à une logique de prise en charge en filière (temps plein/temps partiel/ambulatoire).

Concernant les modalités d'hospitalisation en temps complet en dehors du temps plein, chaque établissement de psychiatrie assurant la mission de service public de secteur et qui ne dispose pas d'autorisation d'Appartement Thérapeutique et/ou de Placement Familial Thérapeutique, pourra solliciter une autorisation de ce type d'activité.

Concernant les centres d'accueil permanent, ils sont autorisés par l'activité du service des urgences dans lesquels ils sont implantés et sont distincts des centres de crise autorisés dans le cadre du présent schéma.

Psychiatrie infanto-juvénile

Concernant l'hospitalisation à temps plein, en raison du taux d'équipement actuel (15/100 000 habitants <18 ans en PACA versus 16/100 000 habitants <18 ans en France métropolitaine – SAE 2015) et des déficits en capacité d'hospitalisation temps plein pour la prise en charge des adolescents identifiés au niveau national dans de nombreux rapports, il est envisagé des équipements supplémentaires en renforcement des dispositifs existants.

Dans une logique de prise en charge en filière des adolescents, l'implantation de nouveaux sites d'hospitalisation temps plein est prévue sur des établissements disposant d'un service d'urgence, en milieu urbain densément peuplé (pour répondre aux enjeux démographiques) et lorsque le taux d'équipement est en dessous de la moyenne régionale.

Concernant le développement de l'hospitalisation à temps partiel de jour, il s'inscrit dans l'objectif d'une prise en charge de proximité, insérée dans la cité, permettant à l'enfant ou l'adolescent présentant un trouble psychique grave de résider chez lui tout en bénéficiant de soins individuels et de groupe d'une intensité comparable à ceux de l'hospitalisation temps plein. L'hospitalisation temps partiel de jour sera implantée de façon préférentielle soit sur le lieu du site d'hospitalisation temps plein pour adolescents soit au plus près de la demande de soins et hors les murs de l'hôpital.

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de jour supplémentaires seront à envisager, par un établissement de santé autorisé pour l'activité de psychiatrie infanto-juvénile, pour répondre à une logique de prise en charge en filière et dans les cas de figure suivant :

- par externalisation et insertion dans la cité des hôpitaux de jour situés au sein des établissements de santé;
- par création de nouveaux sites au sein des territoires de proximité appelés intersecteurs de psychiatrie (article L3221-4 du Code de santé publique) dans un objectif de renforcement des dispositifs sectoriels quand ce type d'équipement fait défaut ou couvre insuffisamment le territoire ou dans un objectif de spécialisation de l'offre (par exemple pour l'accueil des adolescents) pour les territoires de proximité déjà équipés d'une offre dévolue à un autre segment (exemple les enfants) ;
- par création de nouveaux sites pour compléter les équipements d'hospitalisation temps plein existants pour les établissements disposant d'une autorisation d'hospitalisation temps plein et non dotés de ce type d'équipement.

Concernant le développement de l'hospitalisation à temps partiel de nuit, il s'inscrit dans l'objectif d'accompagnement d'un adolescent présentant un trouble psychique grave pour maintenir son insertion sociale (en particulier scolarisation) tout en bénéficiant de soins d'une intensité comparable à l'hospitalisation temps plein. L'activité peut être déployée au sein des lits d'hospitalisation temps plein avec un projet de soins qui s'adapte au patient en termes d'horaires de prise en charge et de compétences à mobiliser.

Des implantations de sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit supplémentaires seront à envisager, par un établissement de santé autorisé pour l'activité de psychiatrie temps plein et ne disposant pas d'autorisation pour cette activité, pour répondre à une logique de prise en charge en filière (temps plein/temps partiel/ambulatoire).

Concernant les modalités d'hospitalisation en temps complet en dehors du temps plein, chaque établissement de psychiatrie assurant la mission de service public de secteur et qui ne dispose pas d'autorisation de Placement Familial Thérapeutique, pourra solliciter une autorisation de ce type d'activité.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ci-après.

Alpes de Hautes Provence

Psychiatrie générale :

Hospitalisation temps plein :

- création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel :

- création de deux sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Psychiatrie infanto-juvénile :

- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour sur un pôle urbain dépourvu de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- renforcement de la collaboration avec les établissements de santé autorisés pour l'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile des Hautes Alpes et du Nord des Bouches du Rhône pour la prise en charge des adolescents.
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Hautes Alpes

Psychiatrie générale :

Hospitalisation temps plein :

- création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel :

- création de deux sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- création de deux sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création d'une autorisation.

Psychiatrie infanto-juvénile

- renforcement de la collaboration avec l'intersecteur de pédopsychiatrie des Alpes de Haute Provence pour l'hospitalisation temps plein des adolescents.
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de jour sur un pôle urbain dépourvu de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- création de deux sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Alpes Maritimes

Psychiatrie générale :

Hospitalisation temps plein :

- création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel :

- création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création de quatre autorisations.

Appartements thérapeutiques :

- création de trois autorisations.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation à temps partiel :

- création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de jour sur des pôles urbains dépourvus de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création de trois autorisations

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire prend en compte l'offre proposée par cet établissement.

Psychiatrie générale

Hospitalisation temps plein :

- suppression d'une implantation d'hospitalisation temps plein destinée à la prise en charge des détenus
- suppression d'un site suite à sa reconversion en structure médico-sociale permettant une meilleure adéquation de la prise en charge des patients à leurs besoins de soins.

Hospitalisation à temps partiel :

- création de dix sites d'hospitalisation à temps partiel de jour
- création de treize sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création d'une autorisation.

Appartements thérapeutiques :

- création de quatre autorisations.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation temps plein :

- renforcement de la collaboration des établissements de santé autorisés pour l'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile du Nord des Bouches du Rhône avec l'intersecteur de pédopsychiatrie des Alpes de Haute Provence pour la prise en charge des adolescents.
- création d'un site d'hospitalisation temps plein sur un établissement disposant d'un service d'urgence et en milieu urbain densément peuplé.

Hospitalisation à temps partiel :

- création de six sites d'hospitalisation à temps partiel de jour sur des pôles urbains dépourvus ou insuffisamment pourvus de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- création de 3 autorisations.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire prend en compte l'offre proposée par cet établissement.

Psychiatrie générale

Hospitalisation temps plein :

- Création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel :

- Création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- Création de sept sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- Création de trois autorisations.

Appartements thérapeutiques :

- Création de trois autorisations.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation à temps partiel :

- Création de trois sites d'hospitalisation à temps partiel de jour sur des pôles urbains dépourvus de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- Création de trois sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Placement familial thérapeutique :

- Création d'une autorisation

Vaucluse

Psychiatrie générale

Hospitalisation temps plein :

- création d'une implantation, par transfert partiel d'activité à partir d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, sur un établissement disposant d'un service d'urgence.

Hospitalisation à temps partiel :

- création de cinq sites d'hospitalisation à temps partiel de jour.
- création de trois sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation à temps partiel :

- création de quatre sites d'hospitalisation à temps partiel de jour sur des pôles urbains dépourvus de cette offre ou sur un segment complémentaire de l'offre existante (enfants / adolescents).
- création d'un site d'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de psychiatrie													
Territoire de Santé	Activité	Implantations 2018						Implantations 2023					
		Hospitalisation temps plein	Hospitalisation TP jour	Hospitalisation TP nuit	Placement familiale thérapeutique	Appartements thérapeutiques	Centre de crise	Hospitalisation temps plein	Hospitalisation TP jour	Hospitalisation TP nuit	Placement familiale thérapeutique	Appartements thérapeutiques	Centre de crise
Alpes de Haute Provence	Psychiatrie générale	1	5	1	1	1	0	2	7	2	1	1	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	0	4	0	1		0	0	5	1	1		0
Hautes Alpes	Psychiatrie générale	3	5	2	1	2	0	4	7	4	2	2	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	2	4	0	1		0	2	5	2	1		0
Alpes Maritimes	Psychiatrie générale	10	20	4	1	2	0	11	27	11	5	5	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	2	8	1	0		0	2	15	2	3		0
Bouches du Rhône	Psychiatrie générale	25*	40	10	5	2	1	23*	50	23	6	6	1
	Psychiatrie infanto-juvénile	7	21	1	3		0	8	27	8	6		0
Var	Psychiatrie générale	12*	16	6	1	1	0	13*	23	13	4	4	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	3	9	0	2		0	3	12	3	3		0
Vaucluse	Psychiatrie générale	3	17	1	1	1	0	4	22	4	1	1	0
	Psychiatrie infanto-juvénile	1	6	0	1		0	1	10	1	1		0
Total Région de sites autorisés en psychiatrie générale		54	103	24	10	9	1	57	136	57	19	19	1
Total Région de sites autorisés en psychiatrie générale infanto-juvénile		15	52	2	8	0	0	16	74	17	15	0	0

4.2.5 Soins de suite et de réadaptation

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

L'adaptation et la complémentarité de l'offre de soins en soins de suite et réadaptation s'inscrit dans les recommandations précédemment décrits en matière d'organisation de la filière de soins afin de répondre aux besoins de population concernée sur le territoire correspondant.

Alpes de Haute-Provence

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte

L'organisation d'une activité de soins de suite et réadaptation répondant aux impératifs de qualité et de sécurité, prenant en compte les évolutions de la démographie des professionnels de santé et répondant aux besoins de la population conduit à la suppression d'un site.

Cette suppression se traduit par

- Suppression d'un site par transfert d'activité d'hospitalisation à temps complet sur un établissement géographiquement proche d'un territoire contigu.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Prise en charge spécialisée - prise en charge adulte

Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de trois sites :

Ces suppressions se traduisent par :

- Suppression d'un site par regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet de deux établissements géographiquement proche.
- Suppression d'un site à faible activité d'hospitalisation à temps complet.
- Suppression d'un site d'activité d'hospitalisation à temps complet d'un établissement ne répondant pas à un besoin de proximité du territoire.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Prise en charge spécialisée - prise en charge adulte

Maintien de la situation actuelle.

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge juvénile

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de deux sites :

Ces suppressions se traduisent par :

- Suppression de deux sites d'activité en hospitalisation à temps complet, le besoin local de la population ne justifiant pas le maintien de trois sites d'activité sur ce territoire.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Prise en charge spécialisée - prise en charge juvénile

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de deux sites.

Ces suppressions se traduisent par :

Affections respiratoires

- Suppression de deux sites d'activité d'hospitalisation à temps complet, le besoin local de la population ne justifiant pas le maintien de trois sites d'activité sur ce territoire.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Alpes Maritimes

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression d'un site.

Cette suppression se traduit par

- Suppression d'un site d'activité par regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet de deux établissements géographiquement proche.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite la création de :

- Création d'un site d'activité d'hospitalisation à temps complet par transfert d'une activité d'un établissement géographique proche d'un département voisin.
- Création de cinq sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de création de nouveau site d'activité de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections respiratoires, les affections cardiovasculaires, les affections liées aux conduites addictives et celles de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Prise en charge spécialisée - prise en charge adulte

Maintien de l'ensemble des sites d'activité de prise en charge spécialisée en hospitalisation à temps complet

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant le transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée et en favorisant les territoires facilement accessibles et à forte densité de population .

Affections cardio-vasculaires

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections cardio-vasculaires et à proximité d'un établissement disposant d'un plateau technique spécialisé de cardiologie.

Affections respiratoires

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections respiratoires. Pour répondre au mieux aux besoins de la population notamment d'accessibilité, ce site devra se localiser sur un territoire à forte densité de population.

Affections liées aux conduites addictives

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections liées aux conduites addictives. Pour répondre au mieux aux besoins de la population notamment d'accessibilité, ce site devra se localiser sur un territoire à forte densité de population.

Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

- Création de deux sites activité en hospitalisation à temps partiel sur des établissements disposant d'une filière de gériatrie et disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Les localisations de ces deux implantations devront permettre une couverture harmonieuse du territoire.

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge juvénile

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression d'un site :

Cette suppression se traduit par :

- Suppression d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et temps partiel, suite à sa reconversion en structure médico-sociale permettant une meilleure adéquation de l'activité à la prise en charge effectivement réalisée.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite la création de :

- Création de deux sites d'activité hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de création de nouveau site d'activité de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections du nerveux et les affections de l'appareil locomoteur.

Prise en charge spécialisée - prise en charge juvénile

Affections de l'appareil locomoteur

- Création d'un site d'activité d'hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation pour la prise en charge juvénile. Pour répondre au mieux aux besoins de la population notamment d'accessibilité, ce site devra se localiser sur un territoire à forte densité de population, dans le cadre d'une filière pédiatrique.

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité d'hospitalisation à temps partiel par un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation pour la prise en charge juvénile. Pour répondre au mieux aux besoins de la population notamment d'accessibilité, ce site devra se localiser sur un territoire à forte densité de population, dans le cadre d'une filière pédiatrique.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression d'un site.

Cette suppression se traduit par

- Suppression d'un site à faible activité d'hospitalisation à temps complet sur un territoire urbain largement couvert.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite la création de :

- Création de six sites d'activité hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifique de création de nouveau site d'activité de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance, affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien et affections des conduites addictives.

Prise en charge spécialisée - prise en charge adulte

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée, en favorisant les territoires facilement accessibles et à forte densité de population .

Affections de l'appareil locomoteur

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections locomoteur.

Affection du système nerveux

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections du système nerveux.

Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections du système digestifs, métabolique et endocrinien.

Affections onco-hématologiques

- Création d'un site d'hospitalisation à temps plein sur un établissement disposant d'une autorisation de soins de suite et réadaptation, accueillant des patients relevant d'une prise en charge spécifique onco-hématologie, dans le cadre d'une filière déjà existante.

Affection des conduites addictives

- Création d'un site d'hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections addictives.

Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance

- Création de deux sites activité en hospitalisation à temps partiel sur des établissements disposant d'un plateau technique de gériatrie aigue et disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Les localisations de ces deux implantations devront permettre une couverture harmonieuse du territoire.

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge juvénile

Maintien de la situation actuelle.

Prise en charge spécialisée - prise en charge juvénile

Maintien de la situation actuelle.

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge enfant (moins de 6 ans)

- Création d'un site d'activité d'hospitalisation à temps complet par transfert d'activité partielle d'un établissement, hors du territoire des Bouches-du-Rhône, suite à sa reconversion en structure médico-sociale permettant une meilleure adéquation de l'activité à la prise en charge effectivement réalisée. Ce transfert partiel d'activité est en adéquation avec les besoins du territoire et permet une meilleure proximité géographique avec le besoin identifié.

Prise en charge spécialisée - prise en charge enfant (moins de 6 ans)

Maintien de la situation actuelle.

Var

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression d'un site.

Cette suppression se traduit par :

- Suppression d'un site d'activité par regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet et d'hospitalisation à temps partiel de deux établissements.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite la création de :

- Création d'un site d'activité d'hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifiques de création de nouveau site d'activité de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Prise en charge spécialisée - prise en charge adulte

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant le transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée, en favorisant les territoires facilement accessibles et à forte densité de population .

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation pour répondre à des besoins spécifiques de patients lourdement handicapés et nécessitant une prise en charge sanitaire complexe.

Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance

- Création d'un site d'activité en hospitalisation complète sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et de réadaptation dont l'activité s'inscrit dans une filière gériatrique et dans une zone géographique où l'offre de prise en charge de la personne âgée polyopathologique est la moins abondante
- Création d'un site activité en hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant d'une filière gériatrique et déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Il sera privilégié la localisation en zone urbaine sur le territoire où l'offre de prise en charge de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance est moins abondante.

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge juvénile

Maintien de l'existant

Prise en charge spécialisée - prise en charge juvénile

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation, pour une prise en charge juvénile, pour répondre à des besoins spécifiques de patients lourdement handicapés et nécessitant une prise en charge sanitaire complexe.

Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation, pour une prise en charge juvénile, pour compléter l'offre d'un établissement prenant en charge des patients lourdement handicapés.

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge enfant (moins de 6 ans)

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de un site :

Cette suppression se traduit par :

- Suppression d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet, suite à sa reconversion en structure médico-sociale permettant une meilleure adéquation de l'activité à la prise en charge effectivement réalisés.

Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Prise en charge spécialisée - prise en charge enfant (moins de 6 ans)

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation, pour une prise en charge des enfants de moins de 6 ans, pour répondre à des besoins spécifiques de patients lourdement handicapés et nécessitant une prise en charge sanitaire complexe.

Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation, pour une prise en charge des enfants de moins de 6 ans, pour compléter l'offre d'un établissement prenant en charge des patients lourdement handicapés.

Vaucluse

Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte

Il est préconisé le regroupement de plateaux techniques visant à une prise en charge de qualité, sécurisée et spécialisée qui conduit à la suppression de deux sites.

Ces suppressions se traduisent par

- Suppression de 2 sites d'activité par regroupement d'activité d'hospitalisation à temps complet de deux établissements géographiquement proche.

Ces évolutions sont sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Toutefois, pour répondre à un besoin spécifique de la population en matière de prise en charge des affections liées aux conduites addictives, il est prévu la création d'un site supplémentaire en hospitalisation à temps complet et à temps partiel pour un établissement disposant d'une autorisation psychiatrie générale adulte et à proximité immédiate d'un établissement réalisant des sevrages

Par ailleurs, l'adaptation aux besoins de la population de cette offre de soins nécessite la création de :

- création de trois sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel de jour pour répondre aux besoins spécifique de création du nouveau site d'activité de prise en charge spécialisée d'hospitalisation à temps partiel pour les affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance, en affections respiratoires et en affections du système nerveux.

Prise en charge spécialisée - prise en charge adulte

Pour répondre aux évolutions de la prise en charge médicale et du besoin de la population, il est prévu un renforcement des sites d'activité d'hospitalisation à temps partiel en privilégiant le transfert partiel d'activité d'hospitalisation à temps complet dans la mention spécialisée concernée et, en favorisant les territoires facilement accessibles et à forte densité de population .

Affections du système nerveux

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel sur un établissement déjà titulaire d'une autorisation de soins de suite et réadaptation dans le cadre d'un projet médical de territoire, en privilégiant une zone du territoire éloignée d'une offre existante en prise en charge des affections du système nerveux.

Affections respiratoires

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant déjà d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections respiratoires.

Affections liées aux conduites addictives

- Création d'un site d'activité en hospitalisation à temps complet et à temps partiel pour un établissement disposant d'une autorisation psychiatrie générale adulte et à proximité immédiate d'un établissement réalisant des sevrages .

Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance

- Création d'un site activité en hospitalisation à temps partiel sur un établissement disposant d'une autorisation en hospitalisation à temps complet de soins de suite et réadaptation avec mention spécialisée en affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance et d'une filière gériatrique sur un territoire à forte densité de population. .Il sera privilégié la localisation en zone urbaine afin de faciliter l'accès à cette offre de prise en charge.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de soins de suite et réadaptation Adultes						
Territoire de santé	Activité		Implantations 2018		Implantations 2023	
			hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour
Alpes de Haute Provence	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte		12	3	11	3
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	3	2	3	2
		Affections cardio-vasculaires	0	1	0	0
		Affections du système nerveux	1	0	1	0
		Affections respiratoires	0	1	0	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	1	0	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	0	0	0	0
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	2	0	2	0
Hautes Alpes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte		11	3	9	3
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	2	2	2	2
		Affections cardio-vasculaires	1	2	1	2
		Affections du système nerveux	1	1	1	1
		Affections respiratoires	2	1	2	1
		Affections des systèmes digestifs métabolique et endocrinien	1	1	1	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	1	0	1	0
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	3	0	3	0
Alpes Maritimes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte		33	9	33	14
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	5	6	5	6
		Affections cardio-vasculaires	2	1	2	2
		Affections du système nerveux	3	4	3	4
		Affections respiratoires	1	0	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	2	2	2	2
		Affections onco-hématologiques	1	0	1	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	1	0	1	1

		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	9	0	9	2
		Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte	52*	25	51*	31
Bouches-du-Rhône	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	15*	14	15*	15
		Affections cardio-vasculaires	6*	5	6*	5
		Affections du système nerveux	9*	7	9*	8
		Affections respiratoires	3*	2	3*	2
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	5	4	5	5
		Affections onco-hématologiques	1	0	2	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	2	1	2	2
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	14	0	14	2
				Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte	24	14
Var	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	5	7	5	7
		Affections cardio-vasculaires	2	3	2	3
		Affections du système nerveux	4	4	5	5
		Affections respiratoires	1	1	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	1	1	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	1	1	1	1
		Affections liées aux conduites addictives	1	1	1	1
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	8	0	9	1
				Soins de suite et de réadaptation - prise en charge adulte	16	5
Vaucluse	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	4	4	4	4
		Affections cardio-vasculaires	1	1	1	1
		Affections du système nerveux	2	2	3	3
		Affections respiratoires	1	0	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0
		Affections liées aux conduites addictives	0	0	1	1
		Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	6	0	6	1

* dont Hôpital d'instruction des armées

Activité de soins de suite et réadaptation Juvénile (de plus de 6 ans - moins de 18 ans)

Territoire de santé	Activité	Implantations 2018		Implantations 2023	
		hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour
Alpes de Hautes Provence	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	0	1	0	1
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	1	0	1
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	0	0	0
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
	Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Hautes Alpes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	3	1	1	1
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	0	0	0
	Affections respiratoires	3	1	1	1
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
	Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Alpes Maritimes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	2	2	1	3
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	1
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	0	0	1
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	1	1	1
	Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Bouches-du-Rhône	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	2	4	2	4
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	1	2	1	2
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	1	2	1	2
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	2	1	2
	Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Var	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	4	5	4	5

	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	1	0	1	0
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	2	1	3	2
		Affections respiratoires	1	1	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	2	2	3
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	1	1	1	1
Vaucluse	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents		0	0	0	0
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	0
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0

Activité de soins de suite et réadaptation Enfant (moins de 6 ans)

Territoire de santé	Activité	Implantations 2018		Implantations 2023	
		hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel de jour
Alpes de Hautes Provence	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants	0	0	0	0
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	0	0	0
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Hautes Alpes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants et des adolescents	0	0	0	0
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	0	0	0
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Alpes Maritimes	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants	0	0	0	0
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	0	0	0
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	
Affections des brûlés	0	0	0	0	
Bouches-du-Rhône	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants	1	2	2	2
	dont prise en charge spécialisée				
	Affections de l'appareil locomoteur	0	1	0	1
	Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
	Affections du système nerveux	0	1	0	1
	Affections respiratoires	0	0	0	0
	Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	1	0	1	0
Affections onco-hématologiques	0	0	0	0	
Affections des brûlés	0	0	0	0	

Var	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants		4	3	3	3
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	1	1	1	1
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	1	0	2	1
		Affections respiratoires	1	1	1	1
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	1
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	1	1	1	1
Vaucluse	Soins de suite et de réadaptation - prise en charge des enfants		0	0	0	0
	dont prise en charge spécialisée	Affections de l'appareil locomoteur	0	0	0	0
		Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0
		Affections du système nerveux	0	0	0	0
		Affections respiratoires	0	0	0	0
		Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	0	0	0	0
		Affections onco-hématologiques	0	0	0	0
		Affections des brûlés	0	0	0	0

4.2.6 Soins de longue durée

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité de médecine ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise en charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité de médecine est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Alpes de Haute-Provence

Maintien de la situation actuelle.

Hautes-Alpes

Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

Création d'un site d'activité de soins de longue durée. La localisation de cette implantation devra permettre une couverture harmonieuse du territoire.

Bouches du Rhône

Création de deux sites d'activité de soins de longue durée. Les localisations de ces deux implantations devront permettre une couverture harmonieuse du territoire.

Var

Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de soins de longue durée			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	soins de longue durée	2	2
Hautes Alpes	soins de longue durée	4	4
Alpes Maritimes	soins de longue durée	9	10
Bouches-du-Rhône	soins de longue durée	12	14
Var	soins de longue durée	11	11
Vaucluse	soins de longue durée	6	6
Total Région		44	47

4.2.7 Médecine d'urgence

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une

nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Un changement d'implantation géographique d'une activité de structure d'urgence ne peut être accordé sur une zone géographique dont le besoin est suffisamment couvert.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Alpes de Haute-Provence

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Mutualisation nocturne des centres de réception et de régulation des appels (CRRRA – centre 15) entre les deux territoires des Alpes de Haute-Provence et des Hautes-Alpes.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes-Alpes

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Mutualisation nocturne des centres de réception et de régulation des appels (CRRRA – centre 15) entre les deux territoires des Alpes de Haute-Provence et des Hautes-Alpes.

Structure des urgences :

- Une structure à faible activité doit s'inscrire dans une coopération étroite avec une structure à plus forte activité avec lequel une coopération est déjà en place sur plusieurs activités. Le fonctionnement nocturne de cette structure devra être organisé en lien avec la médecine libérale et l'établissement siège de SAMU.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Création d'une antenne de SMUR saisonnier.

Alpes-Maritimes

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Transformation d'une antenne de SMUR existante en structure mobile d'urgence et de réanimation.

Structure des urgences pédiatriques

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons (SMUR Pédiatrique) :

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches-du-Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Création d'une structure mobile d'urgence et de réanimation sur une zone interdépartementale à forte progression démographique.

Structure des urgences pédiatriques

- L'accueil des urgences adultes et pédiatriques étant, dans les quatre cas, sur un même site, l'autorisation de structure des urgences pédiatriques est devenue sans objet. L'organisation spécifique d'une prise en charge pédiatrique n'en est pas modifiée.

Structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons (SMUR Pédiatrique) :

- Maintien de la situation actuelle.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences pédiatriques

- L'accueil des urgences adultes et pédiatriques étant sur un même site, l'autorisation de structure des urgences pédiatriques est devenue sans objet. L'organisation spécifique d'une prise en charge pédiatrique n'en est pas modifiée.

Vaucluse

Service d'aide médicale urgente (SAMU):

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- Maintien de la situation actuelle.

Structure des urgences pédiatriques

- L'accueil des urgences adultes et pédiatriques étant sur un même site, l'autorisation de structure des urgences pédiatriques est devenue sans objet. L'organisation spécifique d'une prise en charge pédiatrique n'en est pas modifiée.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de médecine d'urgence			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	3	3
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Antenne SMUR saisonnier	0	0
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	0	0
Hautes Alpes	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	3	3
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	2	2
	Antenne SMUR	0	0
	Antenne SMUR saisonnier	0	1
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	0	0
Alpes Maritimes	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	9	9
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	4	5
	Antenne SMUR	2	1
	Antenne SMUR saisonnier	0	0

	Structure des urgences pédiatrique	1	1
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	1	1
Bouches du Rhône	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	16*	16*
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	6	7
	Antenne SMUR	7*	7*
	Antenne SMUR saisonnier	0	0
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	1	1
Var	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	9*	9*
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	6	6
	Antenne SMUR	1	1
	Antenne SMUR saisonnier	1	1
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	0	0
Vaucluse	Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)	1	1
	Structure des urgences	8	8
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	4	4
	Antenne SMUR	3	3
	Antenne SMUR saisonnier	0	0
	Structure des urgences pédiatrique	0	0
	Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR pédiatrique)	0	0

4.2.8 Réanimation

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Préconisations générales

Les unités de soins critiques devraient bénéficier d'un changement des conditions techniques de fonctionnement dans le cadre de la réforme du régime des autorisations à venir ;

Toute réanimation avec une capacité de sept lits ou moins sur la base d'un taux d'occupation de moins de 85%, doit envisager un travail en filière graduée avec une autre réanimation.

Les conventions entre unités de surveillance continue et réanimations d'un même territoire, d'établissements publics et/ou privés doivent se systématiser.

Création de filières en réanimation : des filières de prise en charge graduée doivent se mettre en place sur certaines thématiques précises. Le recours à la télémédecine sur ces thématiques doit se développer entre réanimations de recours, réanimations polyvalentes et unités de surveillance continue isolées.

Concernant les unités de soins critiques (réanimation et surveillance continue) de petite taille (12 lits), elles doivent envisager des rapprochements et la création de filières avec des réanimations de plus grande taille.

Les surveillances continues

Toute unité de surveillance continue isolée doit définir un projet médical adapté à ses besoins et respecter des critères de qualité notamment en terme d'activité, de ratio de personnel et de permanence des soins. Toute unité de surveillance continue isolée dont l'activité représente moins de huit lits sur la base d'un taux d'occupation de 80% ou qui ne respecte pas des conditions minimales de qualité de l'organisation doit envisager une collaboration étroite avec une réanimation ou une suppression de son activité. Toute unité de surveillance continue isolée doit travailler à un rapprochement effectif d'une ou plusieurs réanimations avec conventions explicitant les critères de collaboration, les filières de patients ; les équipes doivent idéalement travailler à des protocoles communs partagés, voire une collaboration rapprochée de ces équipes avec possibilité d'activité partagée multi-sites pour ceux qui le souhaitent, afin de rompre l'isolement de petites équipes et de permettre un exercice permettant de garder des compétences sur les deux sites.

Alpes de Haute Provence

Le maintien d'un site de réanimation sur le territoire permet de répondre à l'isolement géographique du territoire compte tenu des moyens de transports sanitaires existants.

Hautes Alpes

Le maintien d'un site de réanimation sur le territoire permet de répondre à l'isolement géographique du territoire compte tenu des moyens de transports sanitaires existants.

Alpes Maritimes

La pénurie des professionnels, l'optimisation des prises en charge et la pérennisation de la permanence des soins conduisent à la suppression d'un site.

Cette suppression fait suite :

- A la fermeture d'un site à faible activité sur une commune dotée d'une offre répondant aux besoins de la population.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

La pénurie des professionnels, l'optimisation des prises en charge et la pérennisation de la permanence des soins conduisent à la suppression de quatre sites.

Ces suppressions font suite :

- Au regroupement d'activités dans le cadre de la création d'une structure nouvelle issue du regroupement de deux établissements.
- Au regroupement d'activité issu du regroupement de deux établissements.
- A la fermeture d'un site à faible activité dans le cadre d'un projet médical de territoire. Une nouvelle organisation permettant de répondre à la pénurie des professionnels, l'optimisation des prises en charge et la pérennisation de la permanence des soins, satisfera alors les besoins de la population.
- A la fermeture d'un site à faible activité sur une commune dotée d'une offre répondant aux besoins de la population.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité de réanimation			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Haute Provence	Réanimation	1	1
Hautes Alpes	Réanimation	1	1
Alpes Maritimes	Réanimation	8	7
Bouches-du-Rhône	Réanimation	20*	16*
Var	Réanimation	5*	5*
Vaucluse	Réanimation	1	1
Total Région		36	31

*dont hôpital d'instruction des armées.

Activité de réanimation pédiatrique			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	Réanimation pédiatrique	0	0
Hautes Alpes	Réanimation pédiatrique	0	0
Alpes Maritimes	Réanimation pédiatrique	1	1
Bouches-du-Rhône	Réanimation pédiatrique	2	1
Var	Réanimation pédiatrique	0	0
Vaucluse	Réanimation pédiatrique	0	0
Total Région		3	2

4.2.9 Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Alpes de Haute-Provence

Hémodialyse en centre pour adultes :

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée:

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée :

- Création d'une unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée pour répondre aux besoins des populations du territoire et couvrant plusieurs zones géographiques dépourvus de cette offre au travers d'un projet expérimental.

Hautes-Alpes

Hémodialyse en centre pour adultes :

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée:

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée :

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes-Maritimes

Hémodialyse en centre pour adultes :

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée:

- Création trois unités de dialyse médicalisée sur une zone géographique non couverte.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée :

- Création de trois unités d'auto-dialyse simple et/ou assistée sur une zone géographique non couverte.

Bouches-du-Rhône

Hémodialyse en centre pour adultes :

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée:

- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur zone urbaine à forte densité répondant aux besoins d'une population précaire.
- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur zone urbaine à forte densité pouvant répondre en recours aux besoins des populations des territoires alpins.
- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur zone urbaine à forte progression démographique.
- Création d'une unité de dialyse médicalisée sur une zone géographique non couverte.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée :

- Création de quatre unités d'auto-dialyse simple et/ou assistée.

Var

Hémodialyse en centre pour adultes :

- Maintien de la situation actuelle.

Hémodialyse en unité médicalisée:

- Création de trois unités de dialyse médicalisée sur une zone géographique non couverte.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée :

- Création de trois unités d'auto-dialyse simple et/ou assistée.

Vaucluse

Hémodialyse en centre pour adultes :

- Création d'un centre pour adultes sur une commune non couverte à fort potentiel d'activité.

Hémodialyse en unité médicalisée:

- Création de deux unités de dialyse médicalisée sur deux sites disposant déjà d'une unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée afin de compléter et de diversifier l'offre existante et répondre aux besoins de la population.

Hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée :

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activités de soins de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Haute Provence	hémodialyse en centre pour adultes	1	1
	hémodialyse en unité médicalisée	3	3
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	3	4
Hautes Alpes	hémodialyse en centre pour adultes	2	2
	hémodialyse en unité médicalisée	2	2
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	2	2
Alpes maritimes	hémodialyse en centre pour adultes	6	6
	hémodialyse en unité médicalisée	4	7
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	5	8
Bouches du Rhône	hémodialyse en centre pour adultes	10	10
	hémodialyse en unité médicalisée	13	17
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	17	21
Var	hémodialyse en centre pour adultes	8	8
	hémodialyse en unité médicalisée	11	14
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	10	13
Vaucluse	hémodialyse en centre pour adultes	4	5
	hémodialyse en unité médicalisée	4	6
	hémodialyse en unité d'auto-dialyse simple et/ou assistée	7	7

4.2.10 Traitement du cancer

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Alpes de Haute-Provence

La démographie médicale et l'offre sanitaire se sont adaptées à la répartition étendue de la population qui pour de nombreux actes s'oriente vers les Bouches du Rhône.

Chirurgie du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curiethérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

Chirurgie du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curiethérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

Chirurgie du cancer

Chirurgie hors seuil

- Suppression de deux sites par regroupement d'activité d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité à la population concernée.
- Création d'un site pour un établissement qui assure une prise en charge spécifique du traitement du cancer de l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans (déjà pris en compte en 2017 dans le cadre d'un besoin exceptionnel).

Pathologies mammaires (tumeurs du sein)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies urologiques

- Suppression d'un site par regroupement d'activités d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité à la population concernée.

Pathologies thoraciques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies gynécologiques

- Le défaut d'atteinte des seuils impose une réduction d'un site. Cette réduction n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curiethérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches-du-Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Chirurgie du cancer

Chirurgie hors seuil

- Suppression de deux sites par regroupement d'activités d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité.

Pathologies mammaires (tumeurs du sein)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)

- Suppression d'un site par regroupement d'activités d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité.
- Le défaut d'atteinte des seuils impose une réduction d'un site. Cette réduction n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Pathologies urologiques

- Le défaut d'atteinte des seuils impose une réduction d'un site. Cette réduction n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Pathologies thoraciques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies gynécologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Suppression d'un site par regroupement d'activités d'établissements géographiquement proches permettant ainsi de répondre aux recommandations d'organisation précédemment décrites et de garantir le maintien de l'accès à une offre de soins de chirurgie du cancer de qualité.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curiethérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Chirurgie du cancer

Chirurgie hors seuil

- Suppression d'un site à faible activité. Cette évolution est sans incidence sur la réponse aux besoins et l'accessibilité de l'offre de soins de ce territoire.

Pathologies mammaires (tumeurs du sein)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies urologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies thoraciques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies gynécologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curiethérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

Chirurgie du cancer

Chirurgie hors seuil

- Création d'un site sur un établissement déjà autorisé en chirurgie du cancer pour compléter l'offre du territoire.

Pathologies mammaires (tumeurs du sein)

- Le défaut d'atteinte des seuils impose une réduction d'un site. Cette réduction n'a aucune incidence sur la couverture des besoins de la population du territoire qui seront absorbés par les sites existants.

Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies urologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies thoraciques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies gynécologiques

- Maintien de la situation actuelle.

Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales

- Maintien de la situation actuelle.

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

- Maintien de la situation actuelle.

Radiothérapie externe

- Maintien de la situation actuelle.

Curiethérapie

- Maintien de la situation actuelle.

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

- Maintien de la situation actuelle.

Equipements matériels lourds : Cyclotron à utilisation médicale

- Maintien de la situation actuelle

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Chirurgie du cancer			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	0	0
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	1	1
	Pathologies urologiques	0	0
	Pathologies thoraciques	0	0
	Pathologies gynécologiques	0	0
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	0	0
	Chirurgie hors seuil	2	2
Hautes Alpes	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	1	1
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	1	1
	Pathologies urologiques	2	2
	Pathologies thoraciques	0	0
	Pathologies gynécologiques	1	1
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	1	1
	Chirurgie hors seuil	3	3
Alpes Maritimes	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	10	10
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	12	12
	Pathologies urologiques	7	6
	Pathologies thoraciques	4	4
	Pathologies gynécologiques	8	7
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	6	6
	Chirurgie hors seuil	17	16
Bouches-du-Rhône	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	17	17
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	19*	17*
	Pathologies urologiques	14	13
	Pathologies thoraciques	8	8
	Pathologies gynécologiques	12	12
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	11*	11*
	Chirurgie hors seuil	29*	27*
Var	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	7	7
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	11*	11*
	Pathologies urologiques	8*	8*
	Pathologies thoraciques	3*	3*
	Pathologies gynécologiques	6	6
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	4*	4*
	Chirurgie hors seuil	15*	14*

Vaucluse	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	5	4
	Pathologies digestives (tractus digestifs, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	6	6
	Pathologies urologiques	3	3
	Pathologies thoraciques	1	1
	Pathologies gynécologiques	3	3
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	3	3
	Chirurgie hors seuil	7	8

* dont l'hôpital d'instruction des armées

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	1	1
Hautes Alpes	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	1	1
Alpes Maritimes	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	9	9
Bouches-du-Rhône	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	16*	15*
Var	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	6*	6*
Vaucluse	Chimiothérapie dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	2	2

* dont l'hôpital d'instruction des armées

Radiothérapie externe

Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	Radiothérapie externe	0	0
Hautes Alpes	Radiothérapie externe	1*	1*
Alpes Maritimes	Radiothérapie externe	4	4
Bouches-du-Rhône	Radiothérapie externe	6	6
Var	Radiothérapie externe	1	1
Vaucluse	Radiothérapie externe	1	1

* autorisation dérogatoire

Curiethérapie			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	Curiethérapie à bas débit de dose	0	0
	Curiethérapie à haut débit de dose	0	0
Hautes Alpes	Curiethérapie à bas débit de dose	0	0
	Curiethérapie à haut débit de dose	0	0
Alpes Maritimes	Curiethérapie à bas débit de dose	1	1
	Curiethérapie à haut débit de dose	1	1
Bouches-du-Rhône	Curiethérapie à bas débit de dose	2	2
	Curiethérapie à haut débit de dose	1	1
Var	Curiethérapie à bas débit de dose	0	0
	Curiethérapie à haut débit de dose	0	0
Vaucluse	Curiethérapie à bas débit de dose	1	1
	Curiethérapie à haut débit de dose	1	1

Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	0	0
Hautes Alpes	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	0	0
Alpes Maritimes	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	2	2
Bouches-du-Rhône	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	2	2
Var	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	1	1

Vaucluse	Nature du seuil prévue à l'article R.6123-89 du code de santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	1	1
-----------------	---	---	---

Equipements matériels lourds dans le traitement du cancer					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	nombres d'appareils	Nombre de sites	nombres d'appareils
Alpes de Hautes Provence	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Hautes Alpes	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Alpes Maritimes	Cyclotron à utilisation médicale	1	2	1	2
Bouches-du-Rhône	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Var	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0
Vaucluse	Cyclotron à utilisation médicale	0	0	0	0

4.2.11 Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

4.2.11.1 Activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soin sur la période de cinq années.

Lorsqu'il est géographiquement possible, pour des raisons de sécurité des patients mais également pour faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, le regroupement de plateaux techniques à faible activité est préconisé.

La structure juridique de chacun de ces regroupements permettra de répondre de manière optimale à l'organisation de cette nouvelle coopération.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la

réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ;

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme

Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
		Nombre de sites	Nombre de sites
Alpes de Hautes Provence	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	0	0
Hautes Alpes	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	0	0
Alpes Maritimes	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	6	6
Bouches-du-Rhône	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	6*	6*
Var	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	3*	3*
Vaucluse	activité d'électrophysiologie de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme	2	2
Total Région		17	17

4.2.11.2 Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soin sur la période de cinq années. Les évolutions inscrites ci-après doivent se comprendre comme l'objectif qui sera à atteindre progressivement sur cette période.

Lorsqu'il est géographiquement possible, pour des raisons de sécurité des patients mais également pour faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, le regroupement de plateaux techniques à faible activité est préconisé.

La structure juridique de chacun de ces regroupements permettra de répondre de manière optimale à l'organisation de cette nouvelle coopération.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Des coopérations sont également souhaitables sur la plupart des territoires, sous forme de communauté hospitalière de territoire pour les établissements publics, sans préjudice de partenariats publics privés.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ;

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches du Rhône

- Maintien de la situation actuelle.

Var

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence			
Territoire de santé	activité	Implantations 2018	Implantations 2023
		Nombre de sites	Nombre de sites
Alpes de Hautes Provence	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Hautes Alpes	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Alpes Maritimes	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Bouches-du-Rhône	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	1	1
Var	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Vaucluse	Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence	0	0
Total Région		1	1

4.2.11.3 Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte

Adaptation et complémentarité de l'offre

Le SRS précise les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'offre de soin sur la période de cinq années. Les évolutions inscrites ci-après doivent se comprendre comme l'objectif qui sera à atteindre progressivement sur cette période.

Lorsqu'il est géographiquement possible, pour des raisons de sécurité des patients mais également pour faire face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, le regroupement de plateaux techniques à faible activité est préconisé.

La structure juridique de chacun de ces regroupements permettra de répondre de manière optimale à l'organisation de cette nouvelle coopération.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Lorsque la cessation d'une activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte est consécutive à un volume d'activité insuffisant l'autorisation détenue à ce titre n'a pas vocation à être réattribuée dans la mesure où les besoins sont couverts.

Des coopérations sont également souhaitables sur la plupart des territoires, sous forme de communauté hospitalière de territoire pour les établissements publics, sans préjudice de partenariats publics privés.

Les principales évolutions sont précisées sur chacun des territoires ;

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte			
Territoire de santé	activité	Implantations 2018	Implantations 2023
		Nombre de sites	Nombre de sites
Alpes de Hautes Provence	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	0
Hautes Alpes	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	0	0
Alpes Maritimes	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	5	5
Bouches-du-Rhône	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	10*	10*
Var	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	4*	4*
Vaucluse	Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte	2	2
Total Région		21	21

4.2.12 Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal

4.2.12.1 Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches du Rhône

- Maintien de la situation actuelle.

Var

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

- Création d'un site d'activité de biologie de conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux.

Objectifs quantifiés par territoires de santé

Territoire de santé	Activités cliniques	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Haute Provence	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Hautes Alpes	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	0	0
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	0	0
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Alpes Maritimes	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	2	2
	Prélèvement de spermatozoïdes	2	2
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	2	2
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Bouches-du-Rhône	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	4	4
	Prélèvement de spermatozoïdes	3	3
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	4	4
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	1
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1
Var	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	1	1
	Prélèvement de spermatozoïdes	1	1
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0
Vaucluse	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	1	1
	Prélèvement de spermatozoïdes	0	0
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	1	1
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	0	0

A titre informatif, récapitulatif pour l'ensemble de la région PACA

PACA	Prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation	8	8
	Prélèvement de spermatozoïdes	6	6
	Transfert des embryons en vue de leur implantation	8	8
	Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don	1	2
	mise en œuvre de l'accueil des embryons	1	1

Territoire de santé	Activités biologiques	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Haute Provence	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0
Hautes Alpes	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	0	0
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	0	0
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0
Alpes Maritimes	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	4	4
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	2	2
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	2	2
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1

	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	2	2
Bouches-du-Rhône	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	7	7
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	4	4
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	4	4
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	1	1
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	1	1
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	3	3
Var	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	1	1
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	1	1
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
	Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
	Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	0
Vaucluse	Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	2	2
	Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	1	1
	Conservation des embryons en vue d'un projet parental	1	1
	Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don	0	0

Recueil, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don	0	0
Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci	0	0
Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux	0	1

4.2.12.2 Diagnostic prénatal (DPN)

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le plan stratégique régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches du Rhône

- Maintien de la situation actuelle.

Var

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Tout arrêt d'activité d'une implantation autorisée en biochimie fœtale ou cytogénétique entrainera une réévaluation du besoin.

Territoire de santé	Analyses de diagnostic prénatal	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Hautes Provence	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Les examens de génétique moléculaire	0	0
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
Hautes Alpes	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Les examens de génétique moléculaire	0	0
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
Alpes Maritimes	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	1	1
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Les examens de génétique moléculaire	1	1
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	1	1
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1

Bouches-du-Rhône	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	2	2
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Les examens de génétique moléculaire	3	3
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	1	1
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	3	3
Var	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	1	1
	Les examens de génétique moléculaire	0	0
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	0	0
Vaucluse	centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	0	0
	Les examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique	0	0
	Les examens de génétique moléculaire	0	0
	Les examens en vue d'un diagnostic de maladies infectieuses	0	0
	Les examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels	1	1

4.2.13 Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Le regroupement d'activités précédemment implantées sur des sites distincts conduit à la disparition d'une implantation géographique prévue aux objectifs quantifiés définis ci-dessous. Le besoin de la population est considéré comme couvert par le regroupement intervenu et n'est pas éligible à une nouvelle demande d'autorisation. En effet, l'ensemble de l'activité ainsi regroupé améliorera la réponse qualitative aux besoins de la population concernée, en permettant une meilleure organisation de la prise charge et sans conséquence sur l'offre du territoire.

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

- Maintien de la situation actuelle

Bouches du Rhône

Pour permettre d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients le regroupement de plateaux techniques est nécessaire conduisant à la réduction de trois sites sur le territoire.

Ces suppressions se traduisent par :

- Deux suppressions d'activité de cytogénétique postnatal à faible activité. La réponse aux besoins de la population concernée pouvant être prise en charge par d'autres établissements du territoire de santé.
- Un regroupement des activités de génétique moléculaire dans le cadre d'une réorganisation d'un établissement multi-sites.

Var

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Examen des caractéristiques génétiques (génétique post-natale)			
Territoire de santé	Activité	Implantations 2018	Implantations 2023
Alpes de Haute Provence	cytogénétique postnatal	0	0
	génétique moléculaire	0	0
Hautes Alpes	cytogénétique postnatal	0	0
	génétique moléculaire	0	0
Alpes Maritimes	cytogénétique postnatal	1	1
	génétique moléculaire	3	3
Bouches-du-Rhône	cytogénétique postnatal	3	1
	génétique moléculaire	4	3
Var	cytogénétique postnatal	1	1
	génétique moléculaire	1	1
Vaucluse	cytogénétique postnatal	0	0
	génétique moléculaire	0	0

4.2.14 Equipements matériels lourds

4.2.14.1 Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions

4.2.14.1.1 Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émissions de positons en coïncidence

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches du Rhône

- Maintien de la situation actuelle.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoire de santé

Equipements matériels lourds : caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes de Hautes Provence	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	0	0	0	0
Hautes Alpes	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	1	1	1	1
Alpes Maritimes	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	4	10	4	10
Bouches-du-Rhône	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	7	19	7	19
Var	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	3*	8*	3*	8*
Vaucluse	caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence	1	3	1	3
Total Région		16	41	16	41

4.2.14.1.2 Tomographe à émissions.

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

Installation d'un tomographe à émission sur un site disposant de gamma caméra.

Alpes Maritimes

En plus du besoin exceptionnel de santé publique reconnu en 2017

Installation d'un tomographe à émission supplémentaire sur un site déjà autorisé pour répondre aux besoins de l'activité hospitalo-universitaire dans le cadre d'un projet médical commun aux deux établissements.

Bouches du Rhône

En plus du besoin exceptionnel de santé publique reconnu en 2017

Installation d'un tomographe à émission supplémentaire sur un site déjà autorisé pour répondre aux besoins de l'activité hospitalo-universitaire.

Installation d'un tomographe à émission sur un site disposant de gamma caméra.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un tomographe à émission supplémentaire sur un site déjà autorisé dans le cadre d'un projet médical de territoire.

Vaucluse

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Equipements matériels lourds : tomographe à émissions					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes de Hautes Provence	tomographe à émissions	0	0	0	0
Hautes Alpes	tomographe à émissions	0	0	1	1
Alpes Maritimes	tomographe à émissions	3	3	3	5
Bouches-du-Rhône	tomographe à émissions	5	6	6	9
Var	tomographe à émissions	2*	2*	2*	3*
Vaucluse	tomographe à émissions	1	1	1	1
Total Région		11	12	13	19

*dont hôpital d'instruction des armées.

4.2.14.2 Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

Pas de nouvelles implantations, ni de nouveaux appareils prévus en plus du besoin exceptionnel de santé publique reconnu 2017.

Alpes Maritimes

En plus du besoin exceptionnel de santé publique reconnu en 2017.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) sur un site avec scanner sans IRM polyvalente (afin de favoriser la substitution) et autorisé à l'accueil des urgences.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) supplémentaire sur trois sites dont le volume d'actes de neurologie et d'oncologie est significatif sur l'équipement déjà autorisé (activité importante – importance du volume et de la complexité des actes).

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) sur trois sites avec scanner sans IRM (afin de favoriser la substitution) et réalisant une activité de court séjour significative (médecine et chirurgie hors spécialité ne nécessitant pas d'exploration par scanner de manière habituelle), supérieure à 10 000 séjours par an.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) sur un site avec scanner sans IRM (afin de favoriser la substitution) et autorisé à l'accueil des urgences.

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) supplémentaire sur un site dont le volume d'actes de neurologie et d'oncologie est significatif sur l'équipement déjà autorisé (activité importante – importance du volume et de la complexité des actes).

Vaucluse

Installation d'un appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) sur un site avec scanner sans IRM volume d'actes élevé en cancérologie.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Equipements matériels lourds : Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes de Hautes Provence	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	2	2	2	2
Hautes Alpes	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	2	2	2	3
Alpes Maritimes	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	12	16	14	21
Bouches-du-Rhône	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	23*	34*	26*	37*
Var	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	12*	14*	13*	16*
Vaucluse	Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	7	7	8	8
Total Région		58	75	65	87

*dont hôpital d'instruction des armées.

4.2.14.3 Scanographe à utilisation médicale

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour significative (médecine et chirurgie hors spécialité ne nécessitant pas d'exploration par scanner de manière habituelle), supérieure à 10 000 séjours par an.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site d'urgence à forte activité.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur deux sites disposant de plateaux d'imagerie déjà complets (disposant de scanner et IRM) et ayant une activité importante (volume et complexité) pour répondre aux besoins d'imagerie interventionnelle ainsi que de cancérologie et de neurologie.

Bouches du Rhône

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour significative (médecine et chirurgie hors spécialité ne nécessitant pas d'exploration par scanner de manière habituelle), supérieure à 10 000 séjours par an.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site d'urgence à forte activité ne disposant que d'un seul scanner.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur trois sites disposant de plateaux d'imagerie déjà complets (disposant de scanner et IRM) et ayant une activité importante (volume et complexité) pour répondre aux besoins d'imagerie interventionnelle ainsi que de cancérologie et de neurologie.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur un site ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site d'urgence à forte activité ne disposant que d'un seul scanner.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site disposant de plateaux d'imagerie déjà complets (disposant de scanner et IRM) et ayant une activité importante (volume et complexité) pour répondre aux besoins d'imagerie interventionnelle ainsi que de cancérologie et de neurologie.

Vaucluse

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) sur deux sites ne disposant pas de scanner et réalisant une activité de court séjour entre 6 000 et 10 000 séjours disposant d'au moins une autorisation en chirurgie du cancer soumise à seuil. Dans le cadre d'un projet médical d'imagerie de territoire permettant de répondre à une organisation efficiente des professionnels de santé, compte tenu des difficultés de démographique médicale.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site d'urgence à forte activité ne disposant que d'un seul scanner.

Installation d'un scanographe à utilisation médicale (scanner) supplémentaire sur un site, dans une structure réalisant une activité de court séjour.

Objectifs quantifiés de l'offre de soins

Equipements matériels lourds : Scanographe à utilisation médicale					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes de Hautes Provence	Scanographe à utilisation médicale	4	4	4	4
Hautes Alpes	Scanographe à utilisation médicale	3	3	3	3
Alpes Maritimes	Scanographe à utilisation médicale	15	20	17	25
Bouches-du-Rhône	Scanographe à utilisation médicale	27*	37*	29*	43*
Var	Scanographe à utilisation médicale	16*	17*	17*	20*
Vaucluse	Scanographe à utilisation médicale	9	10	11	14
Total Région		74	91	81	109

*dont hôpital d'instruction des armées

4.2.14.4 Cyclotron à utilisation médical

4.2.14.4.1 Adaptation et complémentarité de l'offre

Cf chapitre 1.10 traitement du cancer

4.2.14.4.2 Objectifs quantifiés par territoire de santé

Cf chapitre 1.10 TRAITEMENT DU CANCER

4.2.14.5 Caisson hyperbare

Adaptation et complémentarité de l'offre

Ce paragraphe décrit les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique décrits notamment dans le présent projet régional de santé.

Alpes de Haute Provence

- Maintien de la situation actuelle.

Hautes Alpes

- Maintien de la situation actuelle.

Alpes Maritimes

- Maintien de la situation actuelle.

Bouches du Rhône

- Maintien de la situation actuelle.

Var

Les objectifs quantifiés définis au paragraphe ci-dessous incluent le site d'un hôpital d'instruction des armées. L'analyse des besoins de ce territoire doit prendre en compte l'offre proposée par cet établissement.

- Maintien de la situation actuelle.

Vaucluse

- Maintien de la situation actuelle.

Objectifs quantifiés par territoires de santé

Equipements matériels lourds : Caisson hyperbare					
Territoire de santé	Equipements matériels lourds	Implantations 2018		Implantations 2023	
		Nombre de sites	Nombre d'appareils	Nombre de sites	Nombre d'appareils
Alpes de Hautes Provence	Caisson hyperbare	0	0	0	0
Hautes Alpes	Caisson hyperbare	0	0	0	0
Alpes Maritimes	Caisson hyperbare	1	1	1	1
Bouches-du-Rhône	Caisson hyperbare	2	2	2	2
Var	Caisson hyperbare	1*	1*	1*	1*
Vaucluse	Caisson hyperbare	1	1	1	1
Total Région		5	5	5	5

*dont hôpital d'instruction des armées